الجمعيّة الكويتية لتقدّم الطفولة العربيّة
سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة

مرشد الوالدين

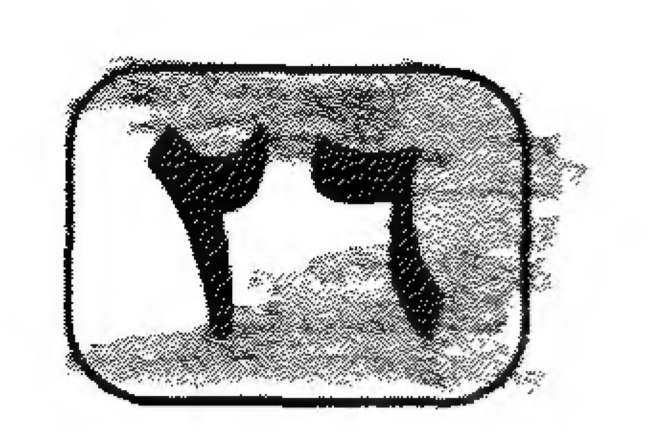
في اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط لدى الأطفال

ترجمة: د. علي أحمد الطراح
مراجعة: أ. د. رجاء أبو علام

اكتوبر ١٩٩٦



الجمعيّة الكويتية لتقدم الطفولة العربيّة
سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة



مرشد الوالدين

في اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط لدى الأطفال

ترجمة: د. علي أحمد الطراح
قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية
مراجعة: أ. د. رجاء أبو علام
قسم علم النفس التربوي

اكتوبر ١٩٩٦

اسم الكتاب الأصلي:

Dr. Larry Silver's Advice to Parents on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder By: Larry B. Silver, M.D.

بسم الله الرحمن الرحيم

تطلب هذه السلسلة من

الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية

ص.ب: ٢٣٩٢٨ الصفاة - الرمز البريدي: ١٣١٠٠ الكويت

تلفون: ٤٧٤٨٤٧٩ - ٤٧٤٨٣٨٧

فاكس: ٤٧٤٩٣٨١

المحتويات

❖ العلاج ❖

❖ الخاتمة والاستنتاجات ❖

تقديم المترجم

لماذا تُرجم هذا الكتاب؟

ليس بيننا من لا يتمنى أن يكون أولاده في مقدمة الناجحين والمتفوقين. هذه حقيقة لا نقوى على نكرانها، فهم استثمارنا الأهم في هذه الحياة، وهم أكبادنا التي تمشي على الارض، وفيهم نخبئ آمالا براقة لمستقبل مشرق، نراهم فيه ونرى أنفسنا فيهم.

ولعل أجمل وأصعب مرحلة يعيشها الوالدان مع أطفالهما هي مرحلة الطفولة، التي تشهد اكتشافات يحمل بعضها جوانب سلبية لا تخلو من التعاسة، ويحمل البعض الآخر جوانب ايجابية لا تخلو هي الأخرى من النشوة والانشراح. فكم هي كبيرة فرحة الاهل عندما يكتشفون أن في طفلهم الصغير قدرات مميزة، منها ما له علاقة في إبداعاته التعليمية ومنها ما هو متعلق بمواهبه الأخرى. وكم هي بائسة حال الوالدين عندما يكتشفان أن في طفلهما عاهة، كفقدان البصر أو السمع أو النطق أو الشلل أو ما شابه.

أنا هنا لست في حديث لا عن المواهب الخارقة ولا عن العاهات الميئوس من علاجها، بل في حديث عن موضوعٍ أعتقد أن عددا كبيرا من الآباء العرب يعانون منه دون البوح به، إما حرجا أو جهلاً. إنه ما يسمى "اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط" (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) أو ما أصبح يطلق عليه اختصاراً (ADHD).

ويتمثل هذا الاضطراب عادة بإصابة الطفل بفرط النشاط الحركي وشرود ذهني ينعكس سلباً في مختلف جوانب حياته النفسية والتعليمية والاجتماعية والعائلية. وكثيرا ما يساء فهم هذا الطفل المسكين فيعمد الاهل الى معاملته معاملة قاسية، وهم لا يدرون أن طفلهم أسير حالة مرضية لا يقوى على مقاومة آثارها.

والحقيقة أن اهتماما واضحا أخذ ينصب أخيراً على هذا الموضوع في الولايات المتحدة الامريكية، أولا بسبب عدد الاطفال الهائل الذي يعاني من هذه الاضطرابات، وثانيا بسبب الآثار المخربة التي تتركها هذه الاضطرابات على الطفل والاهل معا في حال أهمل تشخيصها ومعالجتها والاهتمام بها، وثالثا بسبب نجاح وفاعلية النتائج التي توصلت اليها الدراسات المتعلقة بها، ورابعا، وهو الاهم، التأكيد على أن هذه

الاضطرابات ليست سوى حالة مرضية يمكن علاجها. علماً بأن البحوث والدراسات المتعلقة بهذه الاضطرابات بدأت منذ عشرات السنوات ولا تزال مستمرة.

وقد طالعتنا شبكات التلفزيون الامريكية العديدة بالكثير من البرامج الموثقة التي خصصتها للحديث عن هذه الاضطرابات، واستضافت المختصين والاطباء والاطفال والآباء، وطرحت المشكلة، موثقة، وكذا فعلت الصحف والمجلات وباقي المطبوعات المتخصصة، بالاضافة الى الكتب العديدة التي قام بتأليفها أطباء مختصون ناقشوا فيها هذه المشكلة من كل جوانبها. وقد توجه جميع من كتب أو ألّف أو ناقش هذا الموضوع، الى الآباء يحثهم على إبلاء هذا الامر الاهمية الخاصة والشروع فورا باتخاذ الاجراءات الكفيلة بعلاج اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط (ADHD).

وتجدر الملاحظة هنا الى التقدم الملموس الذي حققه هذا الاهتمام وهذه العناية على العديد ممن يعانون من هذه الاضطرابات. كما تجدر الاشارة الى أن المصابين بها ليسوا مرضى عقليا، ولا يعانون من مس أو خلل في جوانب اتزانهم العقلي، بل على العكس يعتقد أن العديد من عباقرة العالم كان يعاني منها، منهم من رحل ومنهم من مازال على قيد الحياة. وقد ذكرت مجلة نيوزويك الامريكية في عددها الصادر يوم ١٨ يوليو ١٩٩٤، وضمن موضوع غلافها الذي دار حول هذه الاضطرابات، أن من أولئك الذين يعتقدون انهم كانوا يعانون من هذه الاضطرابات: الرئيس الامريكي الراحل بين فرانكلين ونستون تشرشل وليوناردو دافنشي واسحق نيوتن والبريت اينشتاين والرئيس الامريكي الحالي بيل كلينتون.

وقد رأيت من المفيد لطفلنا العربي ولآبائه وللمختصين، إن كانوا في الصحة العامة أو في الصحة العقلية، وللمدارس، إدارة ومدرسين، أن أقدم لهم أحد أهم الكتب التي عالجت هذا الموضوع بطريقة تكاد تكون كاملة من حيث السرد التاريخي والتحليل والمعلومات الموثقة بأمثلة ووقائع، مترجما الى اللغة العربية. والكتاب من تأليف الدكتور لاري سيلفر (Larry B. Silver) وهو استاذ مادة الطب النفسي ومدير قسم التدريب العملي للطب النفسي الخاص بالاطفال والمراهقين في جامعة جورجتاون في العاصمة الامريكية واشنطن. وقد كان سابقا نائب مدير المعهد الوطني الامريكي للصحة العقلية ومديراً بالوكالة للمعهد نفسه. وله عدة مؤلفات وبحوث ودراسات حول هذه الاضطرابات منها مثلا كتاب "الطفل الذي أسيء فهمه: دليل الآباء للتعامل مع طفلهم الذي يعاني من العجز في المقدرة على التعلم: The Misunderstood Child: A Guide for Parents of Children With Learning Disability) وهو طبيب عالج ويعالج بنجاح

الاطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات، ويتمتع بسمعة وشهرة وثقة واسعة النطاق في هذا الاختصاص.

ويقع الكتاب الاصلي الذي كتبه المؤلف باللغة الانجليزية في سبعة عشر فصلا، تمت ترجمة جميع الفصول الى اللغة العربية باستثناء فصلين هما الفصل الخامس عشر، وقد عالج مشكلات هذه الاضطرابات عند الكبار، وكون جهد الترجمة كان مخصصا لمعالجة هذا الموضوع عند الاطفال فقط، فلم تتم ترجمة هذا الفصل. والفصل السابع عشر الذي تناول قضايا قانونية امريكية بحتة لا علاقة لها بمحيطنا ولا فائدة محلية منها.

وقبل أن أنهي كلمتي أود أن أعبر عن خالص تقديري وشكري للاستاذ الدكتور رجاء أبوعلام الذي قام بمراجعة الكتاب وأبدى ملاحظات قيمة كان لها الدور الكبير في اظهار الكتاب في شكله النهائي. كما أخص بالشكر والثناء الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية لدعمها هذا العمل ولدورها الريادي في مجال الطفولة في الوطن العربي. ولا يفوتني أن أشكر الاخ رضا أسعد أستاذ اللغة العربية لمساهمته القيمة في هذا العمل.

وأخيرا، أتمنى، كما تمنى مؤلف الكتاب، أن يكون هذا الكتاب عونا لآباء الاطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات، وللأطفال أيضا، وللمختصين وللكادر التعليمي، فالطفل أولا وأخيرا ثمرة الوطن، والعناية به واجب، ليس على الوالدين فقط بل على جميع من يواكب مسيرة حياته.

والله من وراء القصد.

د. علي الطراح

تقديم المؤلف

تمثل المدرسة الحياة العملية للأطفال والمراهقين. ولذلك فإن أي شيء يتدخل في إتقان التعلم والنجاح في المدرسة يسبب الضغط النفسي للطالب أو الطالبة وأسرتهما. واضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط يمكن أن يكون أحد أسباب الصعوبات الاكاديمية والمدرسية.

وبالاضافة الى ذلك فإن اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط يمكن أن يؤدي الى مشكلات انفعالية وسلوكية، ومشكلات في علاقات الطالب بأقرانه، وصعوبات مع أسرته. وإذا لم يكتشف هذا الاضطراب ويعالج فإنه قد يؤثر تأثيرا كبيرا على جميع مظاهر حياة الطفل أو المراهق.

ويحدث كثيرا عندما تحضر الاسرة ابنها أو ابنتها الى المركز الصحي التخصصي أو العقلي بسبب صعوبات مدرسية أو اكاديمية، تكون المشكلة قد استفحلت وأصبحت مشكلات متعددة الجوانب، يحتاج كل منها الى كشف وعلاج منفصل. وأكثر هذه المشكلات وضوحا هي المشكلات الانفعالية والاجتماعية والأسرية. وقد يُبلّغ الآباء أو المعلمون أو كلاهما أن الطفل أو المراهق لا يستطيع الجلوس ساكنا أي أنه سهل التشتت وغير قادر على الاستمرار في العمل لفترة طويلة. وقد يكتشف أيضا عدم النجاح في تعلم المهارات الاكاديمية أو الدراسية. وقد تكون هذه المشكلات نتيجة مباشرة أو غير مباشرة لاضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط أو اضطرابا ثانويا لاضطراب آخر كثيرا ما يرتبط باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط، كالعجز عن التعلم.

❖ عرض لحالة كمثال ❖

عندما أحضر جون والداه اليّ لأراه كان عمره سبع سنوات وكان في الصف الاول الابتدائي. وكان يواجه المشكلات باستمرار في المدرسة والمنزل، ولم يكن له أي أصدقاء. وقد أخبرني والدا جون أنه قضى سنة اضافية في الحضانة وسنتين في الروضة بسبب "عدم نضجه". وعندما راجعت تقارير المدرسين عن هذه السنوات الاربع، وجدت كثرة

الاشارة الى عدم قدرة جون على أن يجلس ساكنا أو ينتبه لما حوله، وكان هذا السلوك هو ما دعا مدرسوه على وصفه بعدم النضج. كما تحدثت مع مدرسة جون في الصف الاول. وقد وصفته بأنه غير مستقر، وقالت أنه كثيرا ما يترك مقعده، وأنه لا ينتبه لها أبدا، ولا ينهي عمله. وقالت أمه أنها عندما كانت تساعده، كان عليها أن تذكره بالانتباه. وكان دائم الوقوف والجلوس. وقالت: "إن طريقتي في التعلم تختلف عن طريقته".

وقال والداه أنه كان دائما طفلا مفرط النشاط، مشتتا، ومندفعا. وقد سبب له اندفاعه كثيرا من المشكلات في المنزل. فقد كان دائم التدخل، وكان يتشاجر مع أخته، ويفعل أشياء "وحشية". مثال ذلك أنه كان يتسلق فوق السطح، أو فوق الكراسي ليحضر أشياء، أو يرى شيئا يريده فيندفع ليصل اليه، فيصطدم بالاشياء. ومن مساعدته لعمل واجباته المدرسية، تبين والداه أنه لا يستطيع تفسير ما يراه، فضلا عن عدم فهم ما يقرأ. وكان يمسك بالقلم الرصاص بطريقة فجة ولا يستطيع كتابة كل الحروف الهجائية. ولا يستطيع معرفة الارقام ولا يستطيع العد حتى ٢٠.

وتبين لي أثناء جلساتي مع جون أنه كان سريع التشتت يجفل لدى سماع أي صوت، ولدى رؤيته الصور وغيرها من الاشياء الموجودة بالمكتب. وكان من الصعب عليه أن يستمر في العمل عند الكلام أو اللعب. وكان اختياره لأنشطة اللعب وأسلوب التفاعل معي مناسبا لمستوى عمره. ولكني عندما تحدثت عن المدرسة ظهر عليه الحزن. وشعر بأنه غبي وليس في مستوى الاطفال الآخرين في فصله. وكان يجد صعوبة في الامور السهلة مثل الدروس الاولى في الصف الاول في القراءة والكتابة والحساب.

واستدعيت مدرسة جون مرة أخرى. ووافقت على أن مهاراته كانت ضعيفة، وبخاصة بالنسبة لطفل يزيد عمره سنة على غيره من أطفال الصف الاول. وأصرت على أن صعوباته ترجع الى عدم نضجه. وقالت: "اذا تركه ابواه يتصرف بما يناسب عمره لكان أفضل."

وشخصت جون على أن لديه اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط ووصفت له "مثيلفنيدات" (ريتالين) (مناقشة العلاج في الفصل الثالث عشر). وكانت الجرعة التي وصفت له هي جرعة من ٥ ملليجرام ثلاث مرات يوميا، وكان التحسن سريعا. وأصبح جون أقل نشاطا، وكان أيسر عليه أن يستمر في العمل، وكان أكثر تأملا منه مندفعا. وقالت مدرسته أن التغير كان مدهشا: "إنه طفل مختلف تماما". وأصرت على أن التغير كان راجعا الى العلاج النفسي الذي مارسته، وكان من الصعب عليها تقبل تشخيصي للحالة، ولكنها اعترفت بأنها لم تسمع أبدا باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.

كما أبلغ أبوا جون عن تغير رئيسي. وقالا أنه الآن أصبح هادئا ومقبولا في المنزل. وأقلع عن الشجار مع أخته. وكان قادرا على الجلوس واللعب مع نفسه، وعلى أداء واجباته المنزلية، وأصبح يلعب بشكل أفضل مع الاطفال الآخرين في الجيرة.

وقد كشف التقويم النفسي والتربوي الشامل عن وجود عجز عن التعلم رئيسي له أثره بوضوح على قدرات جون الاكاديمية. وتعلم الابوان أن يكونا متأكدين من المدرسة. ونجحا في اعتراف المدرسة بأنه عاجز عن التعلم حتى يستطيع أن يتلقى الخدمات الضرورية.

وبدأت العملية الارشادية مع أبوي جون. وعندما تحسن فهمهما لمشكلة ابنهما، أصبح من السهل عليهما تعديل سلوكهما في التعامل معه. وبدأ العلاج القصير مع جون. وعندما فهم بشكل أفضل مشكلاته وسبب تناوله الدواء وتلقيه دروسا خصوصية، أصبح أسعد وأكثر إقبالا على المدرسة. وتوقفت مشكلاته السلوكية في المدرسة والمنزل. وشعر بالانتماء بشكل أفضل لأطفال سنه وأخذ يكوّن الاصدقاء.

وإذا كنت قد شخصت سلوك جون على انه سلوك عناد، وعالجته على هذا الاساس، لكان من الصعب إحراز أي تقدم. فضلا عن أن هذا التشخيص بواسطتي كان من الممكن أن يضيف دعما لسوء فهم هيئة المدرسة المستمر عن سلوكه. ولكن أدى التشخيص والتدخل السليمين الى إحراز تقدم (بما في ذلك الاعتراف بأن مشكلات جون الانفعالية والاجتماعية والاسرية كانت نتيجة لاضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط والعجز عن التعلم وكانت السبب في مشكلاته في المدرسة والمنزل).

وتبين حالة جون المشكلات الرئيسية التي تواجه آباء الاطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. وكثيرا ما يحدث خطأ في التشخيص. وينظر للمشكلات الانفعالية والاجتماعية والاسرية باعتبارها سبب الصعوبات الاكاديمية وليست نتيجة لها. وكثيرا ما يكون التركيز في العلاج بالنسبة للمدرسة وكذلك بالنسبة للمختصين في الصحة النفسية، هو علاج السلوك دون التركيز على الاسباب الاولية للسلوك.

وأناقش في هذا الكتاب كلا من هذه المشكلات. والتركيز الاولي هو على اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط، ومع ذلك فسوف يتم التأكيد على المشكلات المحتملة المرتبطة بالعجز عن التعلم وكذلك المشكلات الثانوية الانفعالية والاجتماعية والاسرية.

ونحن في الوقت الحاضر في مستوى إكلينيكي "فني عال" أكثر من "مستوى علمي عال"، وذلك فيما يتعلق بتشخيص وعلاج اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.

ولهذا السبب أعتقد أن الآباء يجب أن يكونوا على معرفة باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط وكيف يتم تشخيصه وعلاجه، كما هو الحال مع المختصين في التربية والصحة الجسمية والصحة النفسية. ولذلك فإني استعرض في هذا الكتاب بتفصيل تلك المعلومات التي لا يعرفها عادة سوى هؤلاء المختصون. وهذه المعرفة سوف تعينك كأب أو أم على العمل مع المختصين، كما تعينك على التعامل مع ابنك أو ابنتك بشكل أفضل. وقراءة هذا الكتاب سوف تجعل بعض الآباء أكثر دراية باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط من المختصين الذين قد يرونهم. وإذا حدث هذا لك ساعدهم على فهم هذا الموضوع، وإذا لم تنجح الجأ الى مختص آخر.

وحتى أجعل هذا الكتاب سهل القراءة، فقد فضلت ألا أكتبه على هيئة كتاب مقرر يشتمل على العديد من المصادر. وبدلا من ذلك فقد كتبته على هيئة مرشد عملي يستطيع أن يفهمه ويستخدمه كل الآباء. وليس المقصود من هذا الكتاب أن يكون بديلا عن المعلومات الارشادية التخصصية والمعلومات التي قد يزودك بها طبيب الاسرة أو غيره من المختصين في الصحة الجسمية والصحة النفسية.

وإذا كان ابنك أو ابنتك يعاني أيضا من العجز عن التعلم، فقد ترغب في قراءة كتابي للآباء والذي عنوانه: The Misunderstood Child: A Guide For Parents of Children With Learning Disabilities (انظر ملحق "أ" للحصول على بيانات أكثر).

ويحتاج الاطفال والمراهقون ذوو اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط كل المعونة التي تقدم لهم. وآمل في أن يعينك هذا الكتاب أن تكون الاب المعين والداعم لأبنك أو ابنتك الذي تود أن تكونه.

لاري ب. سيلفر

مقدمة

الفصل الاول

مقدمة

عند كل صباح وقبل ذهابهم الى مدارسهم، يعد كثير من الاطفال آباءهم بأنهم سيكونون مجتهدين في ذلك اليوم. وبالفعل يحاول أولئك الاطفال أن يفوا بوعودهم. إلا أن بعضهم قد لا يفلح في ذلك، ولا يرجع ذلك الى أنه ولد عاق، بل لأن هؤلاء الاطفال قد يكونون مفرطي النشاط الحركي، أو شاردي الذهن لا يقدرون على التركيز، أو مندفعين، الامر الذي يؤدي الى تعطيل أنشطة الصف ويزعج المعلمين، ويكون عاملا لابتعاد ونفور أقرانهم منهم وتركهم بالتالي وحيدين. والجدير بالذكر أن أولئك الاطفال لا يستطيعون التحكم في سلوكهم، ورغم ذلك فإنهم يسمعون دائما نفس عبارات اللوم والتأنيب والتي مفادها: لماذا لا يمكنك أن تكون ولدا عاقلا مجتهدا؟

واضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط (Attention-Deficit-Hyperactivity) أو (ADHD) هو التسمية الحديثة لهذه المشكلة المرضية التي تنطبق على أولئك الاطفال. وقد لاحظ كثير من الاطباء والمختصين كافة جوانب هذه الحالة المرضية وتعاملوا معها، وذلك طوال سنوات عديدة، وبسبب التغيرات الكثيرة التي طرأت على مصطلحات وفهم مثل هذه الحالات، عبر تلك السنوات من الملاحظة والدراسة، فإنه من المفيد قبل الخوض في الحديث عنها، القيام بمراجعة تاريخية لها.

❖ نبذة تاريخية ❖

في عام ١٨٦٣ كتب هينريخ هوفمان (Heinrich Hoffman) أغنية لطيفة للأطفال، وقد كتبها حول طفل فوضوي مشاغب مشاكس يعاني من فرط النشاط، وكان عصبيا لا يهدأ ولا يكل، الامر الذي خلق مشاكل عديدة لأهله. حالة هذا الطفل تعرف اليوم بما نسميه اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.

"فيليب، كفاك عصبية ومشاكسة

فالطاولة ليست مكانا للشغب والعبث."

هكذا يقول الوالد لابنه جادا غير هازل،

والام صامتة حانقة تنظر بغضب هنا وهناك،
الا ان فيليب يصم أذنيه عن أية نصيحة أو أوامر،
ويتابع مشاكسته بطريقته الخاصة غير آبه.
وبأي ثمن كان
يثب ويقفز ويدور ويعيث ويعبث وينط ويهيج،
ويتلوى ويتقلب هنا وهناك وفي كل مكان
على الكرسي وعلى الاثاث
الى أن يصرخ الوالد
"فيليب، كفى، توقف، ما تفعله لا يطاق".

ونظرا لارتباط فرط النشاط بحالة الطالب الدراسية وما يرافقها من صعوبات في التعلم، فقد بدأ تاريخ دراسة هذا الاضطراب في الولايات المتحدة الامريكية بدراسة المراهقين والاطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم. وقد كان كل طفل يعاني من صعوبة في التعلم، قبل عام ١٩٤٠، يُصنف على أنه متخلف عقليا أو مضطرب انفعاليا، أو أنه محروم اجتماعيا وثقافيا. إلا انه مع بداية الاربعينات ظهر احتمال رابع لأسباب مثل هذه الحالة، تمثل في إمكانية معاناة الطفل من مشكلة في جهازه العصبي.

وقد تبين من خلال الدراسات الاولية للأطفال الذين يقعون في المجموعة الرابعة، أنهم يعانون من الصعوبات نفسها التي يعاني منها ذوي الاصابات المخية، رغم أنهم يبدون طبيعيين. ولذلك اعتبر هؤلاء الاطفال ذوي إصابات مخية، إلا أنها إصابات مخية بسيطة. ولذلك وضع مصطلح جديد وهو "الاصابة المخية البسيطة"، واعتقد فريق آخر من الباحثين أن الادلة على وجود اصابات مخية أدلة ضعيفة، واعتقد هؤلاء أن المشكلة تكمن في وجود خلل في الوصلات العصبية في المخ. فقد كانت كل وظائف المخ موجودة وتعمل، ولكن بعض الممرات العصبية لم تكن تعمل كما يجب. وتقبل المجتمع العلمي هذا المفهوم عن الخلل الوظيفي، وبذلك أدخل مصطلح جديد وهو "الخلل الوظيفي المخي البسيط".

وفي عام ١٩٦٣ شكلت لجنة لمراجعة وتقديم المفاهيم التي كانت سائدة عن "الخلل الوظيفي المخي البسيط" تحت اشراف الجمعية الوطنية للاطفال والكبار المعاقين وبالتعاون مع برنامج الامراض العصبية والحسية (Neurological and Sensory Diseases Program) في قسم الامراض المزمنة في وزارة الصحة الامريكية. وبعد ذلك انضم

المعهد الوطني للأمراض العصبية والمكفوفين (National Institute of Neurological Diseases and Blindness) التابع للمعاهد الوطنية الامريكية الصحية الى هذه المهمة. وقد تم نشر مصطلحات وتعريف هذه الحالة بعد ذلك في تقرير تمخضت عنه تلك الجهود المشتركة وذلك في عام ١٩٦٦.

وتم تعريف "الخلل الوظيفي المخي البسيط" في هذا التقرير على أنه اضطراب في الاطفال "ذوي المستوى القريب من المتوسط، أو فوق المتوسط في الذكاء العام، مع عجز معين في التعلم أو السلوك، يتراوح بين المعتدل الى الشديد، وهي ترتبط بانحرافات في وظيفة الجهاز العصبي. وهذه الانحرافات قد تظهر مصاحبة للإعاقة في الادراك، وتكوين المفاهيم، واللغة، والذاكرة والتحكم في الانتباه أو في الاندفاعية، أو في الوظيفة الحركية". وقد ناقشت اللجنة في جزء لاحق من التقرير الصعوبات الانفعالية والاجتماعية المرتبطة بهذا الاضطراب.

وباستخدام المفاهيم المعاصرة، يمكن تعريف ما جاء في تقرير ١٩٦٦ عن الخلل الوظيفي المخي البسيط بأنه اضطراب لدى الاطفال الذين لديهم:

١- عجز عن التعلم

٢- فرط النشاط وشرود الذهن والاندفاعية

٣- مشكلات انفعالية واجتماعية

ورغم أن هذه النظرة للمشكلات العديدة للأطفال والمراهقين الذين يعانون من "الخلل الوظيفي المخي البسيط" كانت صحيحة، إلا أن الامر استغرق أكثر من ٢٠ سنة من البحث والدراسة على أيدي كثير من الباحثين والمختصين من مختلف التخصصات للتوصل الى فهمها، ودرس كل تخصص جانبا معينا من المشكلة، وجاء كل منهم بمصطلحات مختلفة، الأمر الذي وضع الآباء والمختصين معا في حيرة من أمرهم بالنسبة لهذه المصطلحات.

مشكلات التعلم:

حدد الباحثون في البداية مجالات الصعوبات الاولية في إتقان المهارات الاكاديمية الاساسية، وتم بذلك تصنيف الطلبة وفقا لنوع المشكلات التي يعانون منها. فمثلا تم تصنيف الطفل الذي يعاني من صعوبة في القراءة بأن لديه "عسرا في القراءة dyslexia" والذي يعاني من صعوبة في الكتابة بأن لديه "عسرا في الكتابة Dysgraphia" والذي يعاني من صعوبة في الحساب بأن لديه "عسرا في العمليات الحسابية

dyscalculia". ولقد بذلت بعد ذلك جهود حثيثة لفهم وتحديد الصعوبات الخاصة والمحددة في التعلم بغية شرح وتوضيح المشكلات التي تواجه الطفل في القراءة والكتابة والحساب. وهكذا أصبح اليوم يشار الى الطفل أو المراهق الذي يفترض أن أساس مشكلته التعليمية يرجع الى الجهاز العصبي بأن لديه "عجزا في التعلم".

فرط النشاط الحركي، وشرود الذهن، والاندفاع:

يعود تاريخ وصف الاطفال ذوي النشاط الزائد الى "العهد القديم". أما في الولايات المتحدة فان تاريخ التعرف على هذه المشكلة يرجع الى عام ١٩٣٧ وهو التاريخ الذي ورد ذكرها لأول مرة عندما وصف طبيب الاطفال برادلي حالة ظهرت على تصرفات اطفال في فترة نقاهتهم من مرض الالتهاب السحائي. وتمثلت هذه الحالة بحركة دائمة وفرط في النشاط الحركي أو شرود في الذهن أو الاثنين معا. وظهر أول اعتراف وقبول بوجود هذه المشكلة (فرط النشاط الحركي) لدى الاطفال على أنها فئة تشخيص اكلينيكي في عام ١٩٦٨، وفي الطبعة الثانية من "الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية DSM-II" الذي أصدرته رابطة الطب النفسي الامريكية (American Psychiatric Association). وظهر في هذا الدليل مصطلح ردود الفعل مفرطة النشاط (Hyperkinetic Reaction of Childhood) الذي يعاني منه الاطفال والمراهقون ومنه جاء مصطلح الطفل مفرط النشاط (Hyperactive Child). ويتصف هذا الاضطراب بأنه: فرط في النشاط الحركي. واستمرار في الحركة والتحرك دون هدوء وراحة وسكينة على الاطلاق. وشرود دائم في الذهن وعدم التركيز وعدم القدرة على الانتباه الا لفترة قصيرة جدا، خاصة لدى صغار الاطفال وعادة ما تتناقص هذه الاعراض مع بداية سن المراهقة.

وفي الطبعة الثالثة من ذلك الدليل (DSM-III) الذي نشر عام ١٩٨٠، تغير المصطلح المستخدم لهذا الاضطراب الى "اضطراب قصور الانتباه Attention Deficit Disorder" أو (ADD) وذلك للتأكيد على أن شرود الذهن وقصر مدى الانتباه هو القضية الاكلينيكية الاولية وأن فرط النشاط أو الاندفاعية قد تكون موجودة أيضا. وتم تعريف حالة الطفل التي تجمع شرود الذهن وعدم القدرة على التركيز والانتباه مفرط النشاط الحركي والاندفاع، كما يلي: "يبدي الطفل أثناء مروره بمراحل نموه العقلي والجسماني مؤشرات تنم عن عدم انتظام تلك المراحل ضمن الاطار المعروف، أي أن سير مراحل نموه هذه لا تتلاءم والمراحل الطبيعية التي يمر بها الطفل العادي، حيث يمارس الطفل هذا سلوكا ينم عن عجز في قدرته على الانتباه مصاحب لفرط في النشاط الحركي والاندفاع".

ويرتكز أساسا تشخيص حالة اضطراب قصور الانتباه، على الاضطرابات المتمثلة في عجز الطفل عن الانتباه، على شرط ظهور أولى علامات هذا الاضطراب في سلوك الطفل قبل بلوغه السابعة من عمره، وعلى استمرار ذلك السلوك لفترة ستة أشهر على الاقل. والجدير بالذكر أن دليل (DSM-III) قد عرّف كل طفل تظهر في سلوكه احدى هذه الظواهر: شرود الذهن وعدم القدرة على التركيز، والاندفاع، وفرط النشاط الحركي، على انه مصاب بهذا الاضطراب. وذكر أيضا أن الطفل المصنف تحت هذا التصنيف يجب أن يظهر في سلوكه عرض واحد على الاقل من تلك الاعراض.

وفي طبعة (DSM-III-R) التي صدرت عام ١٩٨٧، تغير المصطلح الى اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط "Attention-deficit Hyperactivity Disorder" حيث اضيفت حالة فرط النشاط، لتعكس الانطباع على أنه بالرغم من أن الاضطراب الاساسي لدى الطفل يتمثل في شرود الذهن وعدم القدرة على التركيز، إلا أن فرط النشاط الحركي عامل مهم في هذا الاضطراب. واستلزم التشخيص مرة أخرى وجوب ظهور الاعراض قبل بلوغ الطفل السابعة من عمره، وعلى أن تظهر في سلوك الطفل أو المراهق ٨ من ١٤ نوعا من السلوك لمدة ستة أشهر على الاقل. وسوف يتم ذكر قائمة بهذا السلوك بالتفصيل في الفصل الثالث.

وتقوم اللجنة المختصة باصدار الطبعة الرابعة من الدليل "DSM-IV" والمقرر نشرها عام ١٩٩٤، بالأخذ بعين الاعتبار عدة قضايا مهمة في هذا المجال. فعلى سبيل المثال سوف تؤخذ بعين الاعتبار نتائج الاحصاءات والدراسات التي أشارت الى أن محصلة سلوك الطفل الذي يعاني من اضطراب شرود الذهن وعدم القدرة على التركيز تختلف عما هي عليه في حالة اصابته باضطرابات فرط النشاط أو الاندفاع أو كليهما، ولذلك فان فئتين تشخيصيتين مختلفتين سوف يتم ذكرهما في تلك الطبعة بحيث تعكس النتائج المختلفة. ومن ناحية أخرى، فان الآمال معقودة على أنه بتوصل بحوث الدماغ الى فهم جديد لمفهوم اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط بالذات وللمفهوم الأوسع المتعلق باضطرابات الانتباه، سوف تتضح هذه الفئة التشخيصية.

المشكلات الانفعالية والاجتماعية والاسرية:

يصاب الاطفال والمراهقون الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط بالاضافة الى ذلك باحتمال وجود عجز عن التعلم باحباط في مدارسهم. وقد يتطور هذا الاحباط الى أزمات ومشكلات عاطفية تظهر واضحة في سلوكهم ان كان مع أسرهم أو مع أترابهم أو باقي أفراد بيئتهم، الامر الذي يؤدي الى وضع أفراد عائلاتهم

في حالة إحباط أيضا. وقد يحدث خلاف بين الوالدين على الطريقة المثلى لتنشئتهم وتأديبهم. والحقيقة فان المشكلات الظاهرة على السطح هي التي تبدو فقط، ويعتقد خطأ أن المشكلات والازمات المدرسية والتعليمية هي نتيجة لما يعيشه الطفل من مشكلات انفعالية واسرية. والواقع أن مشكلات الطفل الانفعالية والاجتماعية والاسرية ليست هي السبب في صعوبات الطفل المدرسية والتعليمية، حيث أن هذه الاخيرة ليست الا نتيجة لصعوبات الطفل المدرسية والاكاديمية وما ينتج عنها من خبرات الاحباط والفشل. وهذا التمييز بين السبب والعرض هو الذي يجب التأكيد عليه عند الاطفال والمراهقين ذوي اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.

❖ الطفل ككل ❖

بالعودة الى الاوصاف التي ذكرت في تقرير عام ١٩٦٣ عن "الاختلال الوظيفي البسيط" من أن الاطفال والمراهقين الذين يعانون من هذا الاضطراب، لديهم مجموعة من المشكلات تظهر عادة مجتمعة. والقاسم المشترك لتلك المشكلات هو وجود العجز عن التعلم لديهم. وبالاضافة الى ذلك فان بعضهم قد يعاني من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط (ADHD)، وأن معظمهم يكون مشكلات ثانوية انفعالية واجتماعية واسرية.

- عجز عن التعلم.
- اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.
- مشكلات ثانوية انفعالية واجتماعية واسرية.

هذا، وقد أضحى معروفا أيضا مدى تكرار هذه المشكلات. فمثلا من بين كافة الاطفال والمراهقين الذين يعانون من عجز عن التعلم، يعاني ٢٠ الى ٢٥ في المائة منهم اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. ومن ناحية أخرى فانه بين كافة الاطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط هناك من ٥٠ الى ٨٠ في المائة يعانون من عجز عن التعلم. وبمعنى آخر:

- اذا كان الطفل أو المراهق يعاني من عجز عن التعلم، فان هناك احتمالا بنسبة من ٢٠ الى ٢٥ في المائة انه سيصاب باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.
- اذا كان الطفل أو المراهق مصاب باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط فإن هناك احتمالا من ٥٠ الى ٨٠ في المائة انه سيصاب بعجز عن التعلم.

ولذلك فان المختص النفسي أو الصحي اذا شخص حالة الطفل أو المراهق باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط، فيجب أن يحاول المختص اكتشاف ما اذا كان الطفل مصابا في نفس الوقت عجز عن التعلم. ومن الناحية الطبية الوقائية يجب أن يستبعد الاكلينيكي وجود عجز عن التعلم لدى أي طفل أو مراهق تم تشخيص حالته على انه مصاب باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.

وقد يكون الاطفال ذوي قصور الانتباه مفرط النشاط مشكلات انفعالية واجتماعية واسرية. ويزداد احتمال اصابتهم بهذه المشكلات اذا كانوا يعانون من عجز عن التعلم.

❖ الاضطرابات الاخرى ذات العلاقة ❖

عدد قليل من الاطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط يصاب باضطراب يتمثل بوجود لزمات عصبية يسمى طبيا (Tourette Syndrome). ويعاني حوالي ٥٠ في المائة من المصابين بهذا الاضطراب في الوقت نفسه من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. ويعاني المصاب من حركات لا إرادية متتابعة متغيرة دون دافع مسبق أو سبب لها، تنبعث من وتؤثر على عدد كبير من جهازه العضلي، وتظهر جسديا أو نطقا. وتظهر بدايات هذا الاضطراب عادة قبل بلوغ المصاب الواحد والعشرين من عمره. وتختلف حدة اعراض هذا الاضطراب عبر اسابيع أو شهور تسمى (Waxing and Waning). وللتوصل الى تشخيص لهذا الاضطراب يجب أن تستمر تلك الاعراض في المصاب لأكثر من سنة واحدة. وعادة ما يكون لهذه المشكلة تاريخ في الاسرة.

وبعض الاطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط قد يصاب باضطراب آخر متمثل بتعرضه لنوبات صرعية. ومن الممكن أن توجد عدة أنواع منها. فمثلا هناك الصرع الكبير الذي يطلق عليه عادة (الصرع)، وتتمثل بتشنج عنيف متقطع في عضلات الجسم، يتبعها ارتجاج واهتزاز في تلك العضلات تنعكس طبعا على جسده ليبدو في حالة ارتجاج عنيفة، ويعقبها خلود المصاب المتعب الى النوم. ويستيقظ المصاب بعدها حائرا مرتبكا لا يذكر شيئا مما حدث. وبعض المصابين يفقد - أثناء هذه النوبة - القدرة على التحكم في الامعاء أو المثانة. ويتعرض كثير من المصابين الى نوبات قصيرة تسبق النوبات الصرعية.

أما النوع الثاني من النوبات الصرعية فهي (الصرع الصغير) وفيه تكون نوبات الصرع خفيفة أو قصيرة. وترافق هذه النوبات غالبا رجفات في جفون العين أو بعض

مناطق من الجسد، مع فقدان آني وقصير للوعي، ولا يحدث أحيانا نشاط في العضلات، بل الفقدان الوقتي للوعي فقط. ولا يتعرض الطفل أثناءها للوقوع أو السقوط على الارض. وبعد زوال هذه النوبة يعود المصاب طبيعيا نشيطا كأن شيئا لم يحدث، ولا يصاب بفقدان الذاكرة إلا أثناء النوبة.

ويسمى النوع الثالث من النوبات (النفسي الحركي)، ويصاحبه عدد متنوع الاضطرابات السلوكية، فقد يصدر عن المصاب سلوك عدواني وانفجار انفعالي غاضب، وهي تترك المصاب مرتبكا حائرا ضائعا غير متزن بعد زوال النوبة. وقد يصاب الطفل بنوبة مركزية، وتتميز بأن النوبة تقتصر على عضو واحد من جسمه، أو مجموعة من العضلات المرتبطة. وأخيرا، قد يصاب الطفل بما يسمى النوبات الجزئية. وهي نوبات تتركز في الدماغ ويمكن لها أن تسبب تغييرات طفيفة في أحاسيس الطفل، وفي قدرته على الادراك والتفكير والكلام والذاكرة والانفعال والنشاط الحركي أو السلوكي أو كليهما. وإذا فقد الطفل وعيه أثناء تعرضه للنوبة هذه، يطلق عليها النوبات الصرعية الجزئية المعقدة.

ويعاني بعض ممن يعاني من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط من اضطرابات تدعى اضطراب الوسواس القسري، وهي دوافع داخلية تجبر المرء على القيام بعمل ضد إرادته، وتتمثل الوساوس بهواجس متكررة ملحة وأفكار واندفاعات أو تخيلات يمر بها الطفل كسلوك دخيل لا شعوري، وقد يحاول الطفل كبت أو تجاهل مثل هذه الافكار أو الاندفاعات ويعرف أن هذه الوساوس ما هي إلا من وحي عقله. أما السلوك القسري فهو سلوك متكرر غرضي ومقصود الذي يؤديه الطفل استجابة للوساوس، طبقا لقاعدة معينة، أو بطريقة نمطية. والغرض من القيام بهذا السلوك تحييد أو منع الالم أو أي موقف أو حدث مكروه. وبالاضافة الى ذلك فان الطفل يعرف في هذه الحالة أن سلوكه هذا سلوك زائد وغير معقول.

❖ مدى انتشار اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط ❖

بسبب التغيرات التي طرأت على معايير ومقاييس تشخيص اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط (ADHD)، وفي غياب الطرق التشخيصية الثابتة والصادقة في هذا المجال، لم تتوفر حتى الآن بيانات عن مدى انتشار هذه الاضطرابات بين الاطفال والمراهقين. وعند استخدام مقاييس تقدير متشابهة واستخدام المدرسين كمقدرين، بلغ انتشار اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط مدى يتراوح بين ١٠ الى ٢٠ في المائة

من طلاب المدارس، اما اذا كان الآباء هم مصدر المعلومات ترتفع هذه النسبة الى ٣٠ في المائة.

ومن ناحية أخرى، فد بينت الدراسات المتعلقة بهذا الامر ان نسبة المصابين بين الاطفال الذكور هي أكبر بكثير مما هي عليها بين الاطفال الاناث. إذ أظهرت الدراسات المعتمدة على تقارير العيادات والحالات المرضية أن هذه النسبة تتراوح من ١:٢ الى ١:١٠. وعلى كل حال فقد أظهرت الدراسات التي أجريت في مجتمعات متفرقة ان هذه النسبة تصل الى ١:٣. ولعل ارتفاع نسبة الذكور المصابين الى مثيلتها من الاناث في تقارير العيادات الطبية قد يكون بسبب عدد الذكور الذين تعالج حالاتهم تلك العيادات الطبية، أي لصالح الاناث أكثر منه لصالح الذكور، حيث أن الذكر يميل للعنف والشراسة والنفور الاجتماعي أكثر من الانثى الامر الذي يوجب ذكر حالات الاول، لتكرارها وكثرها، أكثر من حالات الثانية. ولعل السبب يكمن أيضا في عدم وضوح اصابة الاناث باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط (ADHD) نظرا لتدني مستوى العنف والعدوانية والشراسة عند الاناث المصابات بهذه الاضطرابات، رغم تشابه مشكلة الشرود الذهني وعدم الانتباه بين الطرفين، الامر الذي لا يلفت نظر المدرسين لإصابة الانثى بها، ويختلط الامر بحيث لا يتم رفع تقرير أو افادة بوجود هذه الاضطرابات لدى واحدة منهن ولا يتم بالتالي تشخيصها أو الاقرار باصابتها بها كونها تلفت النظر على أنها قليلة الانتباه فقط.

❖ ما طول مدة اصابة اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط؟ ❖

لنفس الاسباب السابق ذكرها، أي لعدم وجود بيانات معتمدة بسبب التغيرات التي طرأت على معايير تشخيص هذه الحالة، ولعدم دراسة هذه العلة والانتباه اليها لدى الكبار إلا حديثا، فان الاحصائيات المتوفرة حاليا تشير الى أن ٥٠٪ من الاطفال المصابين بها تزول أعراضها نهائيا لديهم بعد بلوغهم، ولم تعرف اسباب ذلك بعد. وطبعا ٥٠٪ منهم تبقى عندهم حالة اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط (ADHD) الى مرحلة المراهقة. وهناك من ٣٠ الى ٧٠٪ منهم تبقى عندهم هذه الحالة الى ما بعد سن المراهقة وترافقهم في نضوجهم ومرحلة شبابهم.

❖ تلخيص ❖

وباختصار، فان احتمال اصابة الطفل الذي يعاني من اضطراب قصور الانتباه

مفرط النشاط بعجز عن التعلم احتمال كبير جدا، لذلك فان من الافضل استبعاد دراسة هذا الاحتمال لدى تشخيص هذه الحالة عنده.

والجدير بالذكر ان اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط والعجز عن التعلم، حالتان أو علتان مرتبطة الواحدة بالاخرى، ولكنهما ليستا علة واحدة أو اضطرابا واحدا. فبينما تؤثر الثانية على عناصر نفسية أساسية لازمة لخطوات التعلم تسفر الثانية عن تصرفات وسلوك تحول دون قدرة الطفل على التعلم وتمنعه من أن يكون فاعلا ناجحا في صفه وتجعله غير مهيأ للاستفادة من عناصر العلم وتجاربه. وعليه فان عقاقير علاج واحدة منهما لا تصلح لعلاج الثانية، أي أن الدواء المستعمل لعلاج اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط لا يشفي المصاب بعجز عن التعلم، وبالتالي فان الاساليب والطرق الخاصة المقترحة والمتبعة مع من يعاني من عجز عن التعلم، لن تسهم في تخفيف أو تحسين حالة من يعاني من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. وبما أن بعض الوالدين وحتى بعض الاخصائيين مازالوا يخلطون بين الاصابتين فقد وجب التنبيه الى خطأ ذلك.

واضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط هي عبارة عن اضطرابات تشكل عجزا في حياة المصاب. وفرط النشاط الحركي وشرود الذهن أو الاندفاع أو كليهما ليست مشكلات مدرسية بل هي مشكلات حياتية، فهي لا تؤثر وتتداخل مع حياة الطفل في صفه أثناء تلقيه العلم فقط، بل تتعدى ذلك الى حياة الطفل مع عائلته وأترابه ومحيطه وكل الانشطة التي يمارسها الطفل في حياته. وعليه يجب الانتباه الى أمر مهم جدا وهو أن خضوع الطفل للمعالجة الطبية من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط قد تنعكس ايجابيا على أدائه في الصف وسلوكه في المدرسة أثناء ساعات الدراسة ولشهور فقط، الا انه سيستمر في سلوكه وتصرفه السلبي في بيته ومع أترابه كما هو.

هذا، وقد يكون اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط عجزا مدى الحياة لبعض المصابين به، فكما تم ذكره سابقا فان حوالي ٥٠٪ ممن يعاني من هذه الاضطرابات تبقى معهم الى سن المراهقة، وبذلك يبدو أن النصف الآخر تتحسن حاله مع نضوجه العقلي والجسمي، أي بعد بلوغه. وحوالي ٣٠ الى ٧٠٪ من النصف الاول، كما ذكر سابقا أيضا، تبقى هذه الاضطرابات معه الى ما بعد سن البلوغ وترافق مراحل حياته اللاحقة. ونعتقد، أو بالاحرى نأمل أن يستطيع أولئك الاطفال المصابون بهذه الاضطرابات التغلب على هذه المشكلة مع بلوغهم سن الرشد، ولو أننا نعرف تماما أن ذلك لا ينطبق على الجميع، وأنها حقيقة موجودة.

ولأن اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط اضطراب شائك معقد، فمن الضروري جدا ومن بالغ الاهمية أن يكون الطبيب الذي يعالج طفلك منه ملما الماما كاملا بكل جوانب عالم طفلك وعلى معرفة تامة وبينة بكل ما يتعلق بهذا الشأن. كما انه من الاهمية بمكان ملاحظة ومراقبة بعض الظواهر والمشكلات الاخرى المتعلقة، كالعجز عن التعلم، وباقي المشكلات الانفعالية والاجتماعية والاسرية الثانوية ذات العلاقة، وذلك بقصد وضع برنامج لعلاجها أيضا.

وبما يتعلق بمهمة الوالدين، فهي تتمتع بالاهمية نفسها التي تقع على عاتق ومسئولية الطبيب المعالج، إذ على الوالدين دراية ومعرفة كافة الجوانب المتعلقة بحياة طفلهما، العاطفية والصحية والنفسية والتعليمية، وضرورة لفت نظر الطبيب المختص بمعالجة ذلك الطفل ليكون على بينة من تلك الجوانب ومعالجة أي مشكلة متعلقة فيها لم ينتبه اليها، كي يشملها العلاج ويتم فهمها وتقديم المساعدة بخصوصها.

التشخيص

الفصل الثاني

صعوبات معينة قد تكون مؤشرا للاصابة باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط

ذكرنا في الفصل الاول انه وفق دليل التشخيص الرسمي (DSM-III-R) لاضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط فقد تم تعريف السمات الاساسية لها على انها :"مستوى غير ملائم من النمو لدى الطفل متمثل في عدم الانتباه وشرود الذهن وفرط في النشاط الحركي والاندفاع. ويمارس المصاب بهذا الاضطراب ازعاجات متمثلة في كل منها، لكن بدرجات مختلفة." ومن الضروري الاشارة الى ان بعض الاطفال والمراهقين قد يكون مصابا بواحد من هذه السلوكيات والبعض الآخر قد يكون مصابا باثنين منها والبعض الثالث قد يكون مصابا بالسلوكيات الثلاثة كلها. أي ليس بالضرورة أن يكون الطفل مصابا بها مجتمعة. فقد يكون الطفل مصابا (باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط) اذا كان يعاني من عدم الانتباه وشرود الذهن والاندفاع أو كليهما، حتى ولو بدا هادئا مرتاحا. ولعل أكثر الحالات التي لا تلاحظ فيها هذا الاضطراب هي الحالة التي يعاني الطفل فيها من شرود الذهن فقط دون أن تبدو عليه ظواهر فرط النشاط الحركي أو الاندفاع.

❖ وصف لانواع السلوك الثلاثة ❖

فرط النشاط:

درجنا على وصف سلوك الطفل الذي لا يستطيع الخلود للسكينة ولا الهدوء ولا الراحة، ولا يتوقف عن الحركة ولا يمكنه الوقوف ولا الجلوس لفترة زمنية معينة بأنه مفرط النشاط. وقد خبر الاطباء وتعلموا انه في "حال خروجهم الى الغرفة المخصصة لانتظار المرضى وفوجئوا بحالة خراب وفوضى فيها، فهذا يعني أن بين الناس المنتظرين طفلا يعاني من فرط النشاط. وكما وضحنا سابقا، لا تظهر على كل الاطفال المصابين بهذا الاضطراب علامات فرط النشاط الحركي، وهذا النوع يكون عادة قلقا متململا عصبيا، ولو أمعنت النظر فيه لرأيت جزءا على الاقل من جسمه يتحرك بلا سبب

وباستمرار. فهو اما يقرع باصابعه قرعا متواصلا على أي شيء، أو يلعب بقلمه، أو يحرك قدميه حركات متواصلة بينما هو جالس، أو يدور ويتلوى على كرسيه، وقد يلاحظ المدرسون ان مثل اولئك الاطفال قد يجلسون على الارض مستندين على ركبة واحدة فقط. وقد يلاحظ الوالدان ان طفلهما لم يجلس مستقرا ولا لمرة واحدة طول حياته أثناء تناوله وجبات الطعام. وهناك نوع آخر من الاطفال الذين تظهر عليهم هذه الحالة على شكل فرط في الكلام والحديث المتواصل دون توقف.

شرود الذهن:

يعاني الاطفال المصابون باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط من صعوبة في تحديد ما هو المهم وما هو غير المهم في محيطهم. والسبب ان كافة بواعث وحوافز تحديد اولويات وأهمية الاشياء تأتي الى أدمغتهم مجتمعة حيث تعيش تنافسا لانتزاع التركيز عليها، الامر الذي يتركهم حائرين شاردي الذهن ليس بمقدورهم التركيز مليا ولا التمعن الى الاشياء بانتباه ويفقدون المقدرة على الثبات والاستمرار بانجاز عمل معين لفترة زمنية مستمرة وطويلة نوعا ما.

وقد يعاني الطفل المصاب باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط من شرود وحيرة سماعية، أي لا يبدو مستعدا لسماع حديث ما لفترة زمنية متواصلة ومستمرة، وقد يعاني من شرود بصري، أي لا يبدو مستعدا لمراقبة أو مشاهدة منظر أو مشهد معين لفترة زمنية متواصلة ومستمرة أيضا. وفي الحالة الاولى تراه يلاحظ ويراقب ويلفت نظره أي صوت ينبعث من هنا وهناك، والذي لا يمثل أي أهمية بالنسبة لنا وغالبا لا نلاحظه. وعليه فان المدرسين كثيرا ما يلاحظون في فصول الدراسة ان الطفل هذا تلفت نظره نقرات قلم يقوم بها تلميذ آخر في الفصل، ولا تلاحظها غالبية تلاميذ الفصل، الامر الذي يجعله يلتفت الى حيث مصدر الصوت. واكثر من ذلك، فان هذا النوع من الاطفال تراه يتساءل عن صوت كرة ترتج وتنط على الارض قادم من ملعب المدرسة، في الوقت الذي يكون فيه مع مجموعة من التلاميذ في بهو المدرسة ولا يشغل بال أحدهم مثل ذلك الصوت. من جهة أخرى، يمكن للأم ملاحظة ذلك عندما تقرأ لطفلها قصة ما أو عندما يكون مشغولا في انجاز واجباته المدرسية، أن اي صوت قادم ومنبعث من اي مكان كان، يتلقى اهتماما ورد فعل من الطفل، حتى ولو كان بوق سيارة منبعثا من الشارع على بعد حارة كاملة.

أما الشرود البصري فيتمثل في ان تصميما ما في سجادة أو صورة ما معلقة، أو أي شيء آخر يلفت نظره ويسترعي انتباهه يكون مدعاة لتسليته ولهوه. أما خارج جدران

الابنية، بيتا كان أم مدرسة، فان مثل ذلك الطفل يلاحظ وينشغل بعصافير محلقة أو غيوم متحركة أو حتى الاشجار، وهو بذلك يترك الامور المهمة والقضايا التي تتميز بأهمية وتستدعي التركيز الى ملاحظة مثل هذه الاشياء. وقد يلاحظ الوالدان حين يرسلان ولدهما مثلا لقضاء مهمة ما أو عمل معين، انه سرعان ما يبدأ باللهو واللعب بأي شيء يصادفه في الشارع ويشفي علته هذه، ولا يلبث أن يترك هذا الشيء لآخر يصادفه بعده، وهكذا دون أن ينتبه أو حتى يكترث لقضاء المهمة الاساسية التي أرسل في الاصل من أجلها، وفي الحقيقة لا ينجزها مطلقا.

الجدير بملاحظته هنا أن بعض أولئك الاطفال الذين يظهرون هذا السلوك قد يتمتعون بمقدرة جيدة على الانتباه والتركيز لفترة زمنية طويلة انما لدى ممارستهم وقيامهم بأعمال معينة فقط. فمثلا قد يتساءل الوالدان: كيف يمكن أن يعاني طفلهما من هذه الحالة في حين يجلس ساعات طويلة امام التلفاز يشاهد برامجه أو يستعمله لألعاب الفيديو؟ والسبب هو ان مثل هذه الالعاب والاعمال تمتع الطفل دائما وغالبا ما تكون دوافع القيام بها عالية جدا عنده. وفي الحقيقة ان مقدرة الطفل من هذا النوع للقيام بمثل ذلك الانتباه والتركيز تتطلب لجوئه الى خلق صفاء خاص جدا يضع نفسه فيه ويلغي بواسطته كل الانشطة الموجودة في العالم حوله، ولا يشعر بأي شيء آخر سوى هذا العمل الذي يقوم به. أي لا يسمع ولا يرى ولا يحس بأي تحرك حوله. ولذلك قد يصدم الوالدان عندما يحاولان التحدث الى طفلهما وهو في هذه الحالة بطفل كأنه ابكم أصم أعمى ولا يسمعان منه ردا ولا جوابا مما يضطرهما لهزه أو الوقوف بينه وبين ما يلهيه كي يلاحظ انهما يتحدثان اليه، وهو ان فعل ذلك قد يسمعان منه كلمة "هاه"، كمؤشر على أنه الان فقط قد انتبه اليهما.

بعض المراهقين يصرون على أن وجودهم في جو تصدح فيه الموسيقى يساعدهم أكثر على الدراسة والفهم. ويتساءل الوالدان بالتالي كيف يمكن أن يعاني ولدهما من حالة شرود الذهن وعدم التركيز، في حين يستطيع العمل في مثل هذا الجو الصاخب؟ ولعل جواب هؤلاء المراهقين على هذا التساؤل يحمل شيئا من الصواب. يقولون ان وجودهم في جو صامت يوزع تركيزهم هنا وهناك اذ يدفعهم لسماع وملاحظة اي حركة او صوت، بينما اذا كانت الموسيقا تصدح فهي تشكل حاجزا مهما بينهم وبين تعدد الاصوات والحركات ومصادرها، حيث ان كل ما يسمعونه هو صوت ثابت يمثل مصدر الموسيقا. ويعتقدون بالتالي انهم بهذه الطريقة يقللون مصادر لهوهم ويستطيعون العمل والانتاج أكثر.

من ناحية ثانية، هناك حالات قد يختبرها الوالدان في طفلهما وتتمثل بكونه: "مفرط الحساسية" بالنسبة للاصوات. فمثلا قد يشكل له ضجيج محلات التسويق، أو السيرك أو حفلات أعياد الميلاد، أو المباريات والاحداث الرياضية، ازعاجا ونزقا وهيجانا. قد يصم آذانه وقد يلح على رغبته بالمغادرة فورا، وقد يشتكي من الصداع. والسبب على ما يبدو يكمن في ان مثل ذلك الطفل لا يستطيع تحمل بواعث وحوافز سماعية كثيرة في آن واحد ولا يستطيع التحكم بما يريد سماعه وبما لا يريده، فتتصب عليه كلها لتجعله ينوء تحت عبئها. أما بالنسبة للمراهقين فان هذه الحالة تعترضهم أثناء وجودهم في البارات أو في الحفلات. والواقع ان صخب الموسيقا مع أصوات الناس في أحاديثهم المتنوعة تجعل مثل اولئك الاطفال والمراهقين يتحملون أكثر من طاقتهم وأكثر مما يستطيعون.

الاندفاع:

يفتقد هؤلاء الاطفال أو المراهقون المقدرة على التفكير بما سيقولونه أو سيفعلونه قبل قيامهم بعمل، الامر الذي يحرمهم من التعلم من تجاربهم السابقة حيث لا يمكنهم تأخير أو التحكم برد فعلهم أو اعطاء أنفسهم الوقت الكافي للتفكير بما سوف يقولونه أو يفعلونه جراء تعرضهم لمثل هذين الموقفين، بغية التعلم من تجاربهم السابقة ونتائجها في مواقف متشابهة. وهم قد يصيبهم الندم مما قالوه أو فعلوه حتى قبل انتهائهم من كلامهم أو أفعالهم. ويغضبون من ذلك ويعبرون عن غضبهم برميهم للاشياء أو بضربهم لها. يدورون بسرعة ويعيثون خرابا بما حولهم. وقد يفشلون في التريث الى أن ينتهي المدرس من طرح سؤال أو رأي، فيسرعون فورا للرد على ذلك أو التعبير عن الرأي المتعلق بالسؤال قبل انتهاء المدرس من اتمام الكلام. وبسبب اصابتهم بهذا السلوك المتهور كثيرا ما نجد حكمهم على الاشياء حكما ضعيفا يفتقد العمق والتمعن، وهم بالتالي ميالون للتسبب في أو التعرض للحوادث المختلفة. وكنتيجة لذلك غالبا ما يتهم الوالدان بسوء معاملة مثل اولئك الاطفال، حيث تكثر حالات تعرضهم للجروح واللكمات والرضوض بسبب سلوكهم المتهور المندفع هذا.

وقد سجلت حالات مرضية اخرى متعددة ومختلفة لهذه الحالات، منها التبول في الفراش، واضرام الحرائق، والتمتع بمراقبة النار / اللعب بالنار أو كليهما، والاقدام على السرقة. والكذب بشكل لا يتلاءم وأعمارهم، بالاضافة الى القيام باخفاء أو

تكديس الاطعمة في غرفهم. ولم يتم التوصل الى معرفة مدى العلاقة والربط بين اصابة الطفل بهذا السلوك وبين قيامه بهذه التصرفات، الا انه وجد فعلا ان الطفل الذي يعاني من سلوك التهور تظهر عنده هذه التصرفات.

❖ كيف يمكن الحصول على المعلومات المتعلقة بالسلوك؟ ❖

ليس من السهل على الطبيب المداوي مراقبة أو تحديد ما اذا كان الطفل يعاني من سلوك متعلق بفرط النشاط الحركي أو شرود الذهن أو الاندفاع، في عيادته، حيث ان زمن مراقبة أو مشاهدة الطفل من قبل البيت لا تتعدى الدقائق الخمس أو السبع، علما بأن الطفل يكون قد تعرض لتنبيه الوالدين بضرورة ان يكون هادئا عاقلا في هذه الزيارة او يعرض نفسه لعقوبات غير مرضية، ولذلك نجده منتبها هادئا. وعليه فانه من الاهمية بمكان أن لا يتم نفي وجود هذه السلوكيات فرط النشاط الحركي وشرود الذهن والاندفاع اذا لم تتم ملاحظتها في عيادات الاطباء.

ولعل المصدر الامثل للحصول على معلومات عن سلوك هؤلاء الاطفال هو من خلال مراقبة حالات نابعة من واقع حياتهم. فعلى الطبيب التحدث مع والدي الطفل أو المراهق، ومع معلميه ومدرسيه الخصوصيين، ومع كل من يتعامل معه من الكبار، وسؤالهم عن تصرفاته وسلوكه ان كان في الحالات المقيدة بأنظمة وتعليمات معينة (كوجوده في فصول الدراسة أو في أماكن تلتزم بنظام وقواعد معروفة) أو تلك التي لا تتحكم فيها مثل تلك القواعد والانظمة (كوجوده في غرفته أو في اماكن اللعب واللهو وغيرها)، حيث ان كلا منهم يستطيع وصف سلوك ذلك الطفل في الحالات المختلفة التي يعايشه فيها، في المدرسة أو في البيت أو في الحي أو في أي مكان آخر. هذا، وعلى الطبيب سؤال الوالدين عن تصرف طفلهم في البيت، حيث يقضيان معه أطول مدة. واذا كان بامكان الطبيب المعالج زيارة المدرسة لمراقبة سلوك الطفل المعني أو الاطلاع على تصرفاته على أرض الواقع، فلا بأس بل انها تصرف عملي جدا، وان تعذر ذلك فعلى ذلك الطبيب التحدث مع المدرسين، أو التحدث مع والدي الطفل بغية الحصول على معلومات مفيدة عن سلوك الطفل لأخذها بعين الاعتبار لدى المعالجة. بالاضافة الى ذلك، هناك نماذج أو استبيانات يمكن للطبيب المعالج اعطاؤها لوالدي الطفل أو مدرسيه، كي يتم ملؤها بالمعلومات الوافية عنه. وهذه المعلومات تفيد جدا في خطوات المعالجة. وعلى كل حال فان هذه الامور سوف يتم التطرق اليها بالتفصيل في الفصل الثالث.

قصور الانتباه مفرط النشاط

هناك اسباب عديدة تؤدي الى فرط النشاط وشرود الذهن عند الطفل والمراهق، ومن المهم جدا معرفة انه ليس كل الاشخاص الذين يظهرون هذه الحالات مصابين باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. حيث أن كل حالة من الحالات الاخرى ذات العلاقة والتي نوقشت في الفصل الاول، قد تسبب هذه السلوكيات. وسنورد هذا المفهوم هنا ثم مناقشته باسهاب وتفصيل في الفصل الثالث.

العجز عن التعلم:

تبين، كما ذكر في الفصل الاول، ان هناك احتمالا كبيرا في أن يعاني الاطفال المصابون (باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط) بعجز عن التعلم أيضا. وقد تظهر سلوكياتهم النابعة من عجزهم في مقدرتهم على التعلم شبيهة بتلك النابعة من الاصابة بهذا الاضطراب. وعلى سبيل المثال فقد أدرج دليل (DSM-III-R)، الخصائص التالية على انها متعلقة (باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط) في حين ان كلا منها قد يكون انعكاسا للعجز عن التعلم:

- عدم الانتهاء من انجاز الواجبات.
- وجود صعوبة في ترتيب وتنظيم الواجبات .
- الظهور بحالة عدم الاصغاء أو الاستماع.
- انجاز الواجبات بشكل فوضوي أو حتى قذر.

ولهذا سيتم في الفصل التالي تفصيل وفرز وتبويب مختلف الاحتمالات المتعلقة بمثل هذه الحالات بغية التوصل الى تشخيص سليم وصحيح (لاضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط) بما فيها حالات خاصة من العجز عن التعلم والتي تظهر وكأنها عوارض مثل هذا الاضطراب.

المشكلات الانفعالية:

قد يعمد الطفل أو المراهق المصاب بحالة اكتئاب أو قلق الى التعبير عن ذلك بزيادة واضحة في انشطة جهازه العضلي (عن طريق قيامه بحركات تعبر عن قوته) أو لجوئه الى الاهمال وعدم المبالاة أو شرود الذهن وعدم التركيز أو العصبية والهيجان والغضب

والتهور. بالاضافة الى ذلك فان هناك عددا من الاطفال والمراهقين الذين يعانون من مشكلات سلوكية تتمثل في لجوئهم الى معارضة كل شيء وتحدي أي كان، وقيامهم بتصرفات غير لبقة وغير مريحة تدعو للنفور، يظهرون وكأنهم مصابون (باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط)، أو هم فعلا مصابون بها. (سوف يتم التطرق الى ذلك بالتفصيل في الفصل الثالث). ولذلك فان من الاهمية بمكان معرفة هل هذه السلوكيات هي نتيجة لمشكلات عاطفية وسلوكية أساساً أو انها نتيجة لمشكلات عاطفية وسلوكية نجمت عن اصابة الطفل (باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط) (بالاضافة الى احتمال اصابة الطفل بعجز عن التعلم)، أو نتيجة مباشرة لاضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.

❖ تلخيص ❖

من المحتمل ان يتم تشخيص حالة عدد كبير من الاطفال والمراهقين على انها (اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط). ويعود السبب في ذلك الى ان بعض الاطباء المعالجين يشخصون حالة الطفل الذي يعاني من فرط في النشاط الحركي وشرود الذهن أو الاندفاع أو كليهما، على انه اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط، دون اكتشاف الاسباب الاخرى التي قد تسبب هذه السلوكيات. وعلى سبيل المثال قد يشتكي المدرس لوالدي طفل ما انه لا يستطيع الجلوس أو الخلود للهدوء والسكينة الى حين انتهائه من انجاز واجبه. ويقوم الوالدان باخطار طبيب العائلة هذه الشكوى، وسرعان ما يقوم الطبيب بوضع الوصفة الطبية الخاصة بعلاج اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط دون بذل جهد لمعرفة الاسباب الاخرى الكامنة وراء سلوك الطفل ذاك.

ومن ناحية ثانية، هناك عدد كبير من الاطفال والمراهقين الذي يعانون من فرط النشاط الحركي وشرود الذهن أو الاندفاع أو كليهما ممن لم يتم تشخيص حالتهم على انها اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط والسبب هو ان الطبيب المعالج قد وضع تشخيصه استنادا لمشكلة عاطفية واجتماعية أو عائلية أو كليهما عرضت عليه، دون الاخذ بعين الاعتبار فيما اذا كانت المشكلات نتيجة اصابة الطفل أو المراهق باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط، بالاضافة الى اصابته بعجز عن التعلم.

وكما ان تشخيص المرء المصاب باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط تشخيصا صحيحا سليما امر مهم جدا فان تشخيص حالته بشكل غير سليم وصحيح يحمل نفس الاهمية. في الفصل الثالث سوف تتم مناقشة مراحل وخطوات ذلك التشخيص.

الفصل الثالث

كيف يتم تشخيص اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط؟

لا توجد حاليا اية اختبارات اساسية يمكن اعتمادها لتكون النواة التي يبنى عليها تشخيص اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. كما انه ليس هناك اية نتائج حسمية محددة مثل تحليل الدم أو البول أو تخطيط الدماغ ولا حتى دراسات متعلقة بالجهاز العصبي للمريض مما قد يعطي قاعدة للاستناد عليها في وضع مثل ذلك التشخيص. الا ان مقاييس تقدير ممتازة يمكنها اكتشاف ما اذا كان الطفل أو المراهق يعاني من فرط النشاط الحركي وشرود الذهن أو الاندفاع أو كليهما. وعلى كل حال فان هذه المقاييس قد لا تحدد الفرق بين اصابة الطفل أو المراهق باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط واحتمال وجود أسباب أخرى قد تسبب قيامه بتلك التصرفات. ولذلك فان أفضل التقنيات المتبعة في التشخيص الصحيح هو ما كان مرتكزا على سجل العيادات الطبية التي تتعامل عمليا مع حالات الاطفال المتنوعة، بشرط أن يحتوى هذا السجل على معلومات من مصدرين، أسرة الطفل ومدرسته.

وكما ذكرنا في الفصل الثاني فان هناك عددا كبيرا من الاحتمالات التي تسبب عند الطفل أو المراهق حالات فرط النشاط الحركي وشرود الذهن أو الاندفاع أو كليهما. بالاضافة الى ذلك، هناك العديد من الاطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط يعانون في الوقت نفسه من عجز عن التعلم، وحالات معينة من العجز عن التعلم يمكن أن تؤدي الى سلوك فرط النشاط الحركي أو شرود الذهن عند الطفل أو المراهق. وعليه فان خطوات تقييم حالة المصاب يجب أن تكون دقيقة جدا وتأخذ بعين الاعتبار كل هذه الاحتمالات المتعلقة باضطرابات فرط النشاط الحركي شرود الذهن أو الاندفاع أو كليهما، التي تمت ملاحظتها والتبليغ عن وجودها.

ولكي يكون تعاون الاهل مع الاطباء المعالجين ناجعا ومفيدا لا بد للوالدين من مفاتحة الطبيب باحتمال وجود اسباب اخرى وراء لجوء طفلهما الى مثل تلك السلوكيات، غير سبب اصابته باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط، وضرورة دراسة

تلك الاسباب بالتفاصيل والتمعن قبل وضع التشخيص النهائي وتقييم الطفل أو المراهق على أنه مصاب باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. ولذلك فان على الوالدين أن يكونا على دراية كاملة ومعرفة جيدة بكل ما يتعلق بهذا الشأن كي يساعدا الطبيب على معالجة أطفالهما.

❖ المعايير "الرسمية" لاضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط ❖

اعتمدت المعايير التي ذكرت في دليل التشخيص الاحصائي للاضطرابات النفسية، المذكور في الفصل الاول (DSM-III-R)، وهي النسخة المنقحة للطبعة الثالثة. كما ورد سابقا. ومن المهم الا يمتعض الوالدان من عنوان ذلك الدليل، حيث ان اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط صنف على انه اضطراب نفسي، ولذلك تم وضعه ضمن امراض ذلك الدليل. الا ان المهم هو أن تظهر لدى الطفل العوارض (السلوكيات) الثلاثة كلها المذكورة في الجدول رقم (١)❖ حتى يتم تصنيفه على انه مصاب باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.

جدول رقم -١- معايير DSM-III-R لتشخيص اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط

أ- ازعاجات تستمر فترة لا تقل عن ستة أشهر وتظهر على الطفل فيها ٨ على الاقل من الظواهر التالية:

١- يبدي حركات عصبية قلقة إما من خلال يديه أو قدميه أو جلسته المتململة دائما. (قد تكون ظواهر ذلك عند المراهقين محصورة في شعورهم بقلق لا تفسير منطقيا له)

٢- يعاني من صعوبة في الاستمرار في الجلوس، عندما يكون ذلك مطلوبا.

٣- يسهل الهاؤه وجذب اهتمامه بواسطة أي منبه عرضي بسيط.

٤- يعاني من صعوبة في الوقوف انتظارا لدوره في صفوف المباريات أو أي أنشطة جماعية.

٥- يهرع الى تقويم الاجوبة عن أسئلة لم يستكمل طرحها بعد.

٦- يعاني من صعوبة في تنفيذ وتلبية تعليمات الاخرين (وهذا غير نابع من سلوك حب (المعارضة والتحدي)، كمعاناته مثلا من صعوبة استكمال اداء المهمات الروتينية اليومية.

٧- يعاني من صعوبة في إطالة أمد اهتمامه وانتباهه لألعابه وواجباته.

٨- دائم الانتقال من ممارسة نشاط معين لم يتمه بعد الى آخر، وهكذا.

٩- يعاني من صعوبة في اللعب بهدوء وسكينة.

١٠- يعاني من فرط في الكلام.

١١- كثيرا ما يقاطع الاخرين أو يتطفل عليهم، كتدخله عنوة في ألعاب غيره من الاطفال.

١٢- كثيرا ما يلاحظ عليه عدم استماعه لما يقال له.

١٣- كثيرا ما ينسى أشياء ضرورية لأنشطته أو واجباته المدرسية اما في البيت أو في المدرسة، كنسيانه الدائم مثلا لأقلامه وكتبه ولعبه وواجباته.

١٤- كثيرا ما يتورط أو يضع نفسه في ألعاب أو أوضاع خطرة (ليس حبا في خلق حالات الرعب) كركضه مثلا، في الشارع دون أن ينظر حوله للتأكد من ان الشارع آمن.

ب- ظهور هذه العوارض قبل بلوغ الطفل السابعة من عمره.

ج- لا تنطبق عليه معايير اضطرابات النمو المنتشرة (التي تتميز باضطرابات نفسية أكثر خطورة).

وباعتقادي ان معايير الدليل هذا تواجه بعض الصعوبات. أولا لأن أياً من تلك العوارض (السلوكيات) ممكن أن يكون نتيجة لأسباب مختلفة منها المشكلات العاطفية، ومشكلات العجز عن التعلم، أو انعكاسات ومؤثرات البيئة أو المجتمع الذي يعيش فيه الطفل أو المراهق. ثانيا يعتقد آخر الاكتشافات المتعلقة بالموضوع ان اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط ممكن أن تكون نتيجة لجانب واحد من مجموع اضطرابات تسبب خللا في المقدرة على الانتباه. ولهذه الاسباب كلها فان التوصل الى تقرير عيادي شامل وواسع ووافٍ لكل هذه الجوانب قد يكون مفيدا جدا.

على كل حال فان المعايير التي ذكرت في الدليل أعلاه هي المعايير الرسمية الوحيدة المعتمدة من قبل اخصائي الصحة والاطباء النفسانيين.

ولا بد من الاقرار، رغم أن ذلك لا يسرني، ان عددا كبيرا من أطباء الاطفال والاسر ليست لديهم المعرفة التامة والفهم الكامل عن اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط، الامر الذي يملي أهمية بالغة لمعرفة ما هو واقع وما هو غير ذلك بغية العمل سويا، الاهالي والاطباء، لوضع الاسس السليمة لخطوات التقييم والتشخيص وبعد ذلك طبعا

المعالجة. ولذلك فانني سأغوص أكثر في تفاصيل طبية اكلينيكية علاجية أكثر ما قد يعتقد انه مهم بالنسبة للوالدين.

❖ عملية التشخيص الفارقة ❖

انواع السلوك الثلاثة المرتبطة اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط هي: فرط النشاط الحركي، وشرود الذهن، والاندفاع. ولنلقي نظرة أخرى على كل نوع من هذه الانواع من السلوك قبل التركيز على الاسباب الكامنة لحدوثها!

فرط النشاط الحركي:

معظم الاطفال والمراهقين المصابين بفرط النشاط الحركي لا يركضون في ارجاء الغرفة بل يقفزون على قطع الاثاث هنا وهناك ويبدون قلقين عصبيين. ينقرون بأصابعهم على الاشياء، وأقلامهم بأيديهم دائمة الحركة، وأرجلهم لا تعرف الهدوء، دائمة الحركة والدوران، تراهم يرتفعون صعودا وينزلون هبوطا على مقاعدهم وعلى كراسيهم أثناء تناولهم الطعام. باختصار، يجب أن يكون في جسدهم جزء يتحرك باستمرار. وقد يلاحظ الوالدان ان أطفالهم يعانون من عدم الراحة والهدوء حتى أثناء نومهم، حيث يتحركون في انحاء اسرتهم طوال الليل. أما ما يتعلق بالمراهقين فان ظاهرة العصبية قد لا تكون واضحة تماما، الا انها موجودة. ومن ناحية ثانية، فان الطفل القلق قد يعاني من فرط النشاط الحركي، كما انه ليس كل تلميذ عصبي يعاني من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.

شرود الذهن:

هناك العديد من الاسباب الكامنة وراء شرود ذهن الطفل أو المراهق، اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط ليس الا واحدا فقط من تلك الاسباب. ولذلك فان من الاهمية بمكان أخذ كافة تلك الاسباب بعين الاعتبار لدى معالجة هذا الاضطراب. وسوف يبحث موضوع "اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط" في الفصل الثامن بتفصيل وشمولية. اما الآن فلننظر الى مجموعتين من هذه الاسباب: الشرود الداخلي والشرود الخارجي.

- الشرود الداخلي:
  - احلام اليقظة
  - الادراك السمعي

- عدم الكف المعرفي (سوف يتم شرح المصطلح لاحقا).
- الشرود الخارجي
- الاعباء الاجتماعية والمحيطية (Environmental overload)
- اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.

الشرود الداخلي:

احلام اليقظة: يعايش معظم الاطفال والمراهقين تقريبا احلام اليقظة ولذلك فهم قد لا يسمعون حرفا مما يشرح لهم في الصف حيث يكونون غائبين تماما في مخبئ مع أفكارهم وأحلامهم أثناء شرح الدروس، الامر الذي يدعو مدرسوهم للشكوى من أن هؤلاء الاطفال لا ينتبهون للشرح ولا يعطون آذانا صاغية لشرح الدروس. وقد تعكس أحلام اليقظة هذه ضغوطات وأعباء أسرية واضطرابات انفعالية أو اثارة تخلقها مناسبات معينة (كالذهاب في رحلة أو اجازة أو عطلة).

عجز الادراك السمعي: يعاني هؤلاء الاطفال والمراهقون من صعوبة في اعطاء الاولوية للاصوات القادمة اليهم. فهم مثلا يضيعون تماما اذا وجدوا أنفسهم يسمعون أكثر من صوت قادم من أكثر من مصدر حولهم، مثلا تلميذ يتحدث، أنشطة في ممرات المدرسة أو قاعاتها، مدرس، يشرح، ويلقون صعوبة في تحديد أي من الاصوات عليهم أن يعطوه الانتباه الخاص ويسمعوه، وحتى يتم ذلك يكتشفون أن المدرس قد سبق آذانهم وسماعهم بجمل عديدة. وهم بذلك يضيعون ويفقدون المقدرة على الاصغاء بتركيز لما يتم شرحه في الفصل، ويتهمون بالتالي من قبل مدرسيهم بأنهم قليلو الانتباه. الجدير بالذكر أن هناك حالة أخرى تقع في تصنيف هذه المشكلة، هي التخلف السمعي. مثل ذلك العجز يتمثل في أن هؤلاء الاطفال يحتاجون الى وقت أطول مما يحتاجه غيرهم عادة لفهم واستيعاب ما يسمعونه، فمثلا عندما يستمعون الى جزء من حديث ما يحاولون جهدهم فهمه وهضمه في الوقت الذي يحتاجونه هم، والى أن يتحقق لهم ذلك يجدون صعوبة في الاستعداد فورا لتلقى تكملة الحديث، الامر الذي يفقدهم المقدرة على متابعة التركيز والاستماع لكل ما يدور حولهم. وعلى سبيل المثال ما ان ينتهي المدرس من شرح خطة الدرس، حتى يفاجأ بواحد من اولئك الاطفال يطرح أسئلة على مواضيع كان المدرس قد تعرض لها بالشرح الوافي، وبذلك يتم اتهام مثل ذلك الطالب بأنه لم يكن منتبها.

الكف المعرفي: يعاني بعض الاطفال والمراهقين من صعوبة في كبح ما يختلجهم من

أفكار (ليس لهذه الحالة أي مصطلح معتمد ولذلك أطلق عليه اسم Cognitive Disinh-bition). أفكار مثل أولئك الاطفال والمراهقين كثيرا ما تتداخل مع السلوك الذي تمليه عليهم مشاعرهم واحاسيسهم، فمثلا ترى واحدهم في الفصل يشرع فجأة في الحديث عن موضوع لا علاقة له بما يثار من مواضيع، وكثيرا ما ترى صغار السن من الاطفال يتحدثون عن الفضاء أو الديناصورات، وقد ينخرطون في الضحك أو تبدو عليهم ظواهر الحيرة والارتباك، وكل ذلك انعكاس مباشر لما تمليه عليهم أفكارهم القابعة في أذهانهم. الجدير بالذكر أن هذه الحالة عادة ما تظهر عند الاطفال أو المراهقين الذين يعانون من اضطراب نفسي أكثر خطورة يدعى الاضطراب النمائي الشديد (Pervasive Development Disorder).. وقبل اطلاق هذه التسمية على هذا الاضطراب كان المصاب به يصنف على أنه يعاني من شرود الذهن وعدم التركيز بالاضافة الى عدم مقدرته على الثبات والاستمرار في عمل محدد.

الشرود الخارجي:

الاعباء الاجتماعية والمحيطية: يقرر العديد من الانظمة التعليمية ان اسلوب "الفصل المفتوح" في الفصل الدراسي هو الطريقة المثلى التي تزيد الحوافز عند الطلاب. الا انه في هذه الحالة بالذات تظهر جليا هذه الاعباء التي نتحدث عنها، اذ يشكل الضجيج والاصوات المتعددة حالة من الضياع وشرود الذهن وعدم التركيز حتى عند غالبية الطلاب ممن لا يعانون اصلا من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط اذ يصعب عليهم الانتباه الى ما يقوله المدرس وما عليهم القيام به من جهة، والاثارة المنبعثة من حولهم، تشكل عبئا مفرطا من الحوافز المثيرة تفضي بالنهاية الى ضياعهم .

قد يعتبر جلوس احد الطلاب امام نافذة مفتوحة أو باب يطل على بهو معين، عاملا لضياعه ايضا. وبالنسبة لبعض الطلاب الاخرين قد يشكل فصل دراسي غير هادئ (كعدم مقدرة المدرس على ضبطه أو حركة دائمة من أحد التلاميذ) عاملا معيقا يمنع عنه التركيز والانتباه. والحالة نفسها تنطبق على الطالب الذي يرغب في انجاز واجباته في غرفة الجلوس حيث اصوات التلفاز تصدح وحين يجري ويمرح الاشقاء.

الاندفاعية: يفتقد، كما سبق ذكره، هؤلاء الاطفال المقدرة على التفكير بما سيقولونه أو سيفعلونه قبل قيامهم بذلك. ولذلك فانهم يسارعون الى مقاطعة مدرسيهم أو الاجابة عن الاسئلة بأول خاطرة أو فكرة ترتسم في مخيلتهم عنها دون التريث والتفكير، وهم بالتالي يسارعون الى الاعتذار أيضا لرأي قالوه أو تعليق صدر عنهم عقب قيامهم بذلك للأسباب نفسها اذ لا يعطون وقتا كافيا لأنفسهم كي يقيمون ما

يقولونه أو يفعلونه. والنتيجة ان واحدهم قد يشعر باحباط واكتئاب أو يصرخ ويغضب ويلقي بأشياء وقد يضرب شخصاً. وهم لا يتعلمون من تجاربهم السابقة ونتائجها، لأن من يتعلم من التجارب هذه عليه أن يتمعن مليا بما فعله وما النتائج التي جناها ويقيم الاخطاء ليتفاداها لاحقا، لكنهم في حالتهم التي تفقدهم المقدرة على التريث والتفكير قبل الاقدام على فعل شيء ما، تراهم أبعد ما يمكن عن الاستفادة من تجاربهم السابقة.

وقد عرفت هذه الحالة عند الكثير من اطباء علم النفس على أنها اضطراب يعكس عدم النضوج والقلق والاكتئاب وسلوك الادراك السلبي ويرجع هذا السلوك الذي يسبب تراجعا في النضج والرشد أو يسبب اختلالا وظيفيا في جملته العصبية في أحد جوانبه الى تصنيف الاصابة باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.

❖ التشخيص الفارق ❖

المشكلات الانفعالية:

القلق: أكثر الاسباب شيوعا لحالة فرط النشاط الحركي وشرود الذهن والاندفاع هي معاناة الطفل من الكبت النفسي والقلق وقد يعكس القلق ضغوطا أو اجهادا نفسيا أو نزاعا ما، أو اضطرابا نفسيا معينا. فاذا كان التشخيص يشير الى ان المصاب يعاني من فرط النشاط الحركي وشرود الذهن والاندفاع بسبب الكبت النفسي والقلق، فانه لا يعاني من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط، اذ عندما يكون المرء قلقا يشهد جسمه نشاطا وحركات لا تكل ولا تهدأ، ولا يعرف بالتالي الراحة، ولعل لجوء الطفل الى مثل تلك التصرفات والحركات الدائبة هو الاسلوب المثالي للتعبير عن قلقه. من ناحية ثانية فان من يعاني قلقا ما يجد صعوبة في بذل الاهتمام الكافي للانتباه الى أمر معين. وقد يلجأ المرء الذي يعاني من القلق الى احلام اليقظة أو يحاول أن يقرأ كتابا ما أو يشاهد التلفاز. وفي كل الحالات فانه من الصعوبة على أحدهم المكوث والاستمرار في انجاز عمل معين دون تقطع، ومنه طبعا الاصغاء لما يقال أو مراقبة ما يجري. وقد يكون القلق سببا لمعاناة صاحبه من النزق وسرعة الغضب، الامر الذي يجعله يبدو وكأنه متهور مشاكس.

الاكتئاب: ثاني أكثر الاسباب شيوعا لاصابة المرء، ان كان طفلا أو مراهقا أو حتى راشدا، بحالة فرط النشاط الحركي وشرود الذهن والاندفاع، هو الاكتئاب. والاكتئاب قد يعكس أيضا ضغوطا أو اجهادا نفسيا أو نزاعا ما أو اضطرابا نفسيا معينا. ومرة

أخرى اذا كان التشخيص يشير الى ان المصاب يعاني من فرط النشاط الحركي وشرود الذهن والاندفاع، بسبب الاكتئاب، فانه لا يعاني من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.

وحالة الاكتئاب تصيب الافراد في مختلف الاعمار. وهي تعكس عادة سلوكا هيجانيا عصبيا، أو انعزاليا (Psychomotor Retardation) (بطء النمو النفسحركي). ويعاني المرء في الحالة الاولى من عدم الراحة والهدوء، الامر الذي يجعل من الصعب عليه المكوث والاستمرار في انجاز عمل معين لفترة طويلة، وبعضهم قد يصبح عصبيا نزقا أو متهورا مشاكسا. ويعاني المرء في الحالة الثانية من شعور بالغربة مما يجري حوله ويجد صعوبة في اعطاء الاهتمام والانتباه للمحيط من حوله بشرا وأنشطة، بسبب انشغاله العميق بأفكاره ومشاعره.

الجدير بالذكر ان من الصعب الفصل بين حالة اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط وحالة الاكتئاب كما سنرى في حالة "كريس" كمثال جيد لما قلناه:

❖ عرض حالة كمثال ❖

كان كريس في العاشرة من عمره وفي الصف الخامس عندما طلب مني والداه معاينته. وكان قد خضع لعلاج نفسي فردي وجماعي، لفترة سنتين لمعاناته من مشكلات انفعالية. لم يكن كريس سعيدا في مدرسته. ولم يكن ينجز واجباته المدرسية لا في المدرسة ولا في البيت. وقد جاء التقويم النفسي والتعليمي، الذي اجري عليه من قبل نظام المدرسة الخاص بهذا الشأن وقبل ثمانية عشر شهرا، يحمل دلائل على معاناة كريس من صعوبات في التحكم بالجهاز البصري، وقدراته وبواعثه، الا ان التقويم المذكور خلص الى ان "لم يكن ضعفه في هذه الجوانب ولا في مستوى مهاراته كبيرين لدرجة تملي تقديم خدمات خاصة ومعينة له."

ومن مراجعتي لسجل كريس المدرسي، ومن خلال حديثي مع والديه، تبين لي ان الطفل كان قد شخص على اساس انه يعاني من فرط النشاط وشرود الذهن مع عدم التركيز، وذلك في مرحلة الحضانة ورياض الاطفال. وقد وصفته مدرسته في الصف الاول على انه دائم الحركة ولا يستطيع المكوث ومتابعة أي عمل بقصد انجازه. وكان تقييم مدرسته للصف الثاني يحمل الشيء نفسه. أما في الصف الثالث فقد وصف على أنه أسوأ عام لكريس، فقد كان عدوانيا كثير المنازعات باعث ازعاج وقلاقل لصفه، ولا يتم واجباته المدرسية. ولم يكن تقييمه في الصف

الرابع احسن من سابقه. وكان كريس متخلفا جدا عن اترابه في التحصيل وفي المهارات. وقد أرجعت مدرسته سبب قصوره وفشله هذا الى سلوكه غير المرضي والى "رفضه" الخلود الى الهدوء والانتباه.

تعرض كريس لاعتداءات جنسية من قبل صديق والدته وهو في الثالثة من عمره. وضع على أثرها في ملجأ رعاية الاطفال. وفي سن الرابعة من عمره تبنته عائلته الحالية. وقد كانت امه غير صالحة ايضا حيث كثيرا ما كانت تهمله وتتركه وحيدا ولا تعتني به. وأشارت تقارير وكالة الاصلاح الاجتماعي الى ان والدته كانت مدمنة خمور وتتعاطى المخدرات أثناء فترة حملها به. ولهذه الاسباب بادرت عائلته بالتبني الى خضوعه لعلاج خاص تمكينا له من التعامل مع ماضيه بشكل يمكنه من التغلب على سواد صفحاته ويجعله قادرا على تجاوزه. وقد أشار مسؤولو مدرسته ان مشكلاته النابعة من وضعه الدراسي وتصرفاته المدرسية ثانوية اذا ما قيست بمشكلاته الانفعالية.

تحدث كريس عن ماضيه أثناء جلسات علاجه معي بشكل مفتوح وصريح. انه يعرف كل شيء عن ذلك الماضي ولم يعد يشكل له أية أهمية "لقد تحدثت عن كل شيء يخص ذلك الماضي أثناء مراحل علاجي النفسية التي خضعت لها للتغلب على آثاره. هو الان في عداد النسيان حيث رميته خلف ظهري. العائلة التي أعيش معها الان هي عائلتي، وأنا أحبها." ولم يتبين لي أي دليل على وجود صراع نفسي انفعالي في شخصية كريس نتيجة لماضيه. ولو انه تكلم قليلا عن احباطه وفشله في المدرسة. وكان واضحا انه لا يحب المدرسة ويظن انه اقل من باقي أقرانه ذكاء. وكان واضحا ايضا انه على بينة من مشكلاته المدرسية حيث ان اي صوت أو حركة في فصله قد تشكل له عاملا للهو وعدم الاصغاء او الانتباه الى كلام أو شرح المدرسين. اما المشاكسة والقتال بينه وبين اقرانه في المدرسة فقد أنحى بخصوصها باللوم على الاخرين من اصحابه الذين يحاولون ممازحته أو الاستهزاء والسخرية منه.

وكون كريس يعاني من اضطرابات مزمنه لها تاريخ زمني طويل فقد تم تشخيص حالته على أنها (اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط). وقد يكون ادمان والدته على الخمر اثناء حملها له وسوء المعاملة الواضح الذي تعرض له أثناء طفولته قد سببا عطلا ما في جهازه العصبي الامر الذي أدى الى اصابته (باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط) واضطراب التعلم.

الجدير بالذكر ان عوامل اخرى اشارت الى ان كريس لا زال يعيش حالة ما يسمى (Posttraumatic Stress Disorder) (اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة) نتيجة لما عاناه في مرحلة طفولته المبكرة، وقد يكون فرط حركته وشرود ذهنه مع عدم الانتباه انعكاسا لما يعانيه من قلق واحباط.

وبعد مناقشة هذه الامور مع معالجيه النفسانيين، جلسنا، أنا وكريس وعائلته، في جلسة خصصت لبحث مشكلته هذه، واتفقنا على ان نخضع كريس لعلاج طبي عن طريق تناوله ادوية وليس جلسات علاج نفسانية، كما كان يطبق عليه. (هذا النوع من العلاج سيتم بحثه في الفصل الثالث عشر). ووصفت له (Ritalin) "Methyphenidate"، عيار خمسة غرامات يتناوله ثلاث مرات في اليوم. وبعد الجرعة الاولى فقط بدا كريس أكثر هدوءا واقل شرودا وأكثر قابلية وامكانية للاستمرار في ممارسة اعماله وانجاز واجباته دون تقطع. وقد لاحظ والداه ومدرسوه التحسن المميز الذى جرى له بعد تناوله الدواء.

بعد ذلك تابعت اتصالاتي مع مسؤولي مدرسته للوقوف على حالته، وتبين لنا جميعا ان كريس يعاني من صعوبة في التعلم، الامر الذي دعانا لتطبيق برنامج تعليمي خاص لمساعدته على تجاوز هذه المشكلة والتمكن من التعلم بشكل طبيعي. وكانت النتيجة انه من خلال خضوعه لعلاج عقاقيري مع تطبيق ذلك البرنامج الخاص عليه، تلاشى نزاعه الدائم مع اقرانه وكذلك اختفت بقية المشكلات.

المشكلات السلوكية:

تشير الاحصائيات الى ان حوالي خمسين في المئة ممن تنطبق عليهم معايير (DSM-III-R) الخاصة (باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط) تنطبق عليهم أيضا معايير (DSM-III-R) الخاصة بأسلوب التحدي والمعارضة والمشاكسة أو أي اضطرابات سلوكية أخرى. وللتشابه بينهما فان معظم الاطفال الذين تنطبق عليهم هذه المواصفات ويمارسون هذه السلوكيات يندرجون بالتصنيف تحت خانة الاصابة (باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط). ومن هذا المنطلق يبرز تساؤل الكثير من الاطباء النفسانيين والمعالجين المختصين والذي مفاده: هل هذان الاضطرابان موجودان بشكل منفصل الواحد عن الاخر في الطفل الواحد؟ أو يمثلان صورتين اكلينيكيتين مختلفتين لمشكلة واحدة.

ومما يزيد الامر تعقيدا هو احالة مثل اولئك الاطفال الى اطباء ذوي اختصاصات

مختلفة، فالطفل مثلا الذي يعاني من (اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط) ولا تبدو عليه ظواهر السلوكيات الحادة الاخرى، غالبا ما يحال الى طبيب العائلة، أما الطفل الذي يعاني من (اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط) مع ممارسته لسلوكيات مخربة اخرى، كثيرا ما يحال، وفق نصائح المسؤولين في المدرسة، الى الصحة النفسية. وتكون النتيجة ان الطفل في الحالة الثانية يخضع لتركيز واهتمام متعلقين بالسلوك المضطرب عنده وهو سلوك الشراسة والمعاكسة والتخريب، وقد يكتفي بذلك دون الغوص أكثر بالظواهر المتعلقة (باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط).

وقد أيدت البحوث الاخيرة نظرية مفادها ضرورة فصل وتحديد (اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط) منفصلة عن غيرها من الظواهر التي تتمثل بممارسة الطفل لسلوكيات تخريبية مختلفة. وقد أثبتت التجارب والدراسات ان الطفل قد يعاني من واحدة فقط من سلوكيات تخريبية معينة، الا انه في الغالب يعاني من خليط من تلك السلوكيات. ولذلك فان من الواجب تحديد كل اضطراب متعلق بسلوك معين بشكل منفصل عن الآخر وتحديد نوع العلاج الخاص به منفردا، لأن التركيز على علاج باقي العلل والاضطرابات بعيدا عن الاهتمام (باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط) وعلاج الطفل منها لن يكون ذا جدوى ولن يكون ناجحاً. ولأن الوالدين كثيراً ما يسمعان عن هاتين العلتين، وقد يكون طفلهما مصنفا بأنه مصاب بواحدة منهما، لا بد من الغوص بالتفصيل في كل منهما، استنادا الى ما جاء في دليل (DSM-III-R)كونه المرجع الرسمي الوحيد المعتمد بهذا الخصوص.

اضطراب التحدي والمعارضة:

الملامح الاساسية لهذا الاضطراب تكمن في نموذج الطفل الذي يعارض باستمرار كل شيء ويرفض القيام بما يطلب منه، ويتصرف بعدوانية وتمرد وسلبية. ويصل هذا السلوك الى مرحلة تطور ثابت يدوم فترة زمنية لا تقل عن ستة أشهر. هذا، ويجب ان تكون اعراض هذا التصرف موجودة بشكل مفرط، وواضح انحرافها عما هو مألوف في تصرفات وتفكير من في مثل سنه. ومعايير تشخيص المصاب بهذه الاعراض والمعتمدة في دليل (ADHD-III-R) مدرجة في الجدول رقم (٢):

جدول رقم -٢- معايير دليل (DSM-III-R) لاضطراب التحدي والمعارضة:

أ- ازعاجات تستمر ستة أشهر على الاقل، وتظهر فيها ٥ على الاقل من الظواهر التالية:

١- فقدان مستمر للسيطرة على الاعصاب.

٢- دائم المجادلة مع الكبار.

٣- دائم الرفض ومعاندة طلبات وتعليمات الكبار، مثلا رفضه الدائم للقيام بالاعمال الروتينية في البيت.

٤- اقدامه المتعمد دائما على ازعاج الاخرين، كنزعه قبعات الاطفال الاخرين عن رؤوسهم مثلا.

٥- كثيرا ما يلقي باسباب اخطائه على الاخرين ويضع اللوم عليهم بسبب اقترافه لها.

٦- مفرط الحساسية وسريع الانزعاج من الاخرين.

٧- دائم الغضب والامتعاض.

٨- تواق الى الاغاظة والانتقام.

٩- كثيرا ما يقسم ايمانا ويستعمل مفردات لغوية غير لائقة.

ب- لا تنطبق عليه معايير الاضطرابات السلوكية الاخرى ولا تظهر في اضطرابات متمثلة في حالة نفسية معينة خاصة أو حالة من الاحباط الخطير.

اضطراب السلوك:

النشاط في طفولته المبكرة، واضطراب التحدي والمعارضة في مرحلة لاحقة من طفولته، وأخيرا ليس من غير المألوف ان يتم تشخيص الطفل بأنه مصاب باضطراب قصور الانتباه مفرط اضطراب السلوك في الطفولة المتأخرة أو المراهقة المبكرة. والمظهر الاساسي لاضطراب السلوك نمط ملح من التصرف الذي ينتهك حقوق الآخرين الاساسية، وانتهاك المعايير أو القواعد الاجتماعية المناسبة لعمره. وعادة ما تكون شديدة، وتحدث في المدرسة، والمجتمع، ومع أقرانه، وفي المنزل. والعدوان الجسدي والتخريب المادي أمر شائع في هذا الاضطراب أكثر منه في اضطراب التحدي والمعارضة. ويوضح جدول ٣ معايير (DSM-III-R) لاضطراب السلوك.

جدول رقم -٣- معايير دليل لتشخيص اضطراب السلوك:

أ- ازعاجات تستمر لفترة لا تقل عن ستة أشهر ويظهر فيها ٤ على الاقل من هذه الظواهر.

١- اقترافه السرقة دون مواجهة ضحيته بأكثر من مناسبة (بما في ذلك التزوير).

٢- هروبه من البيت ليلا مرتين على الاقل (ومرة على الاقل دون العودة الى المنزل).

٣- كذبه باستمرار (ليس في حالات تفاديه سوء المعاملة الجسدية أو الجنسية).

٤- تورطه عمدا في اضرام النيران.

٥- تغيبه الدائم عن المدرسة. (بالنسبة للبالغ تغيب دائم عن العمل).

٦- اختراقه حرمة بيت أو سيارة أو بناء الاخرين.

٧- تخريبه المتعمد لممتلكات الاخرين (غير اضرام النيران).

٨- تعذيبه الجسدي للحيوانات.

٩- اجباره الاخرين على ممارسة أنشطة جنسية معه.

١٠- استعماله السلاح في أكثر من عراك.

١١- يكون البادئ دائما في العراك الجسدي.

١٢- اقترافه السرقة مع مواجهة الضحية، كنشل حقائب أو مداهمة الاخرين بقصد السلب أو السطو المسلح أو ابتزاز أو اغتصاب.

١٣- معاملته الاخرين معاملة جسدية قاسية فظة.

ب- اذا كان عمره ١٨ سنة أو اكبر ولا تنطبق عليه اضطرابات الشخصية اللااجتماعية.

❖ العوامل العصبية غير اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط ❖

العجز عن التعلم

سبق ان تطرقنا في هذا الفصل الى نوع واحد من اضطراب العجز عن التعلم وهو عجز الادراك السمعي - الامر الذي يجعل الطفل الذي يعاني من ذلك يبدو شارد الذهن عديم الانتباه. الا ان باقي انواع هذه الاضطرابات قد يجعل الطفل يواجه صعوبة في الفهم وتنظيم وترتيب أعماله المدرسية واتمام انجاز واجباته. وقد يبدو انه لا يقوم بتنفيذ وانجاز الاعمال والواجبات الموكلة اليه، الا ان الحقيقة هي انه غير قادر على انجازها. والتلميذ الذي يعاني من العجز عن التعلم والذي لا يستطيع فهم ما هو متعلق بأمر تعليمي ما، ولا يستطيع بالتالي القيام به، يصبح قلقا. ويمكن لهذا القلق أن يسبب السلوك المتمثل بفرط النشاط الحركي وشرود الذهن. في هذه الحالة فان القلق النابع من عجز الطفل عن التعلم هو الذي سبب سلوك فرط النشاط الحركي وشرود الذهن وليس (اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط).

وقد تتناقص عوارض سلوك الطفل - الذي تم تشخيص حالته على أنها اضطراب

قصور الانتباه مفرط النشاط بسبب تناوله العقاقير المناسبة الا انه في حال كان الطفل مصابا بعجز عن التعلّم، ولم يتم تشخيصه بشكل سليم، فان الذي يحدث هو انه يبدو طبيعيا يستطيع الجلوس بهدوء في صفه، نتيجة لما يتناوله من أدوية لعلاجه من (اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط)، ويستطيع الانتباه الى ما يجري من أنشطة تعليمية في الفصل الا انه بسبب عجزه عن فهم ما يدور وعدم مقدرته بالتالي على انجاز ما يطلب منه، سرعان ما يلجأ الى عالم احلام اليقظة الخاصة به أو يبدأ بالتململ الذي لا يخلو من العصبية. وقد يظن المدرس ان مفعول العقاقير لم يعد ذا تأثير. والواقع انه من الاهمية بمكان معرفة انه من الممكن، للطفل هذا ان يصاب بالقلق والاكتئاب.

اضطراب التكامل الحسي:

بعض ممن يعاني من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط أو عجز عن التعلم أو كليهما يصاب باضطراب التكامل الحسي. وهو اضطراب سيتم شرحه بالتفصيل في الفصل الرابع. الا ان الامر يحتاج الى اعطاء بعض المعلومات الان لشرح لماذا يجب اعتبار هذا الاضطراب عندما يشخص الطفل والمراهق على انه زائد النشاط.

يواجه الطفل الذي يعاني من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط بالاضافة الى اضطراب التكامل الحسي، من صعوبة في تلقي ومعالجة المدركات ذات العلاقة بالادراك الحسي والتي تتطلب من كيانهم البدني التكيف معها والتحرك بموجبها وما يتبع ذلك من جهود عضلية يتطلبها عمل ما تمليه تلك المدركات. والعناصر الثلاثة المنطوية تحت هذا الاضطراب هي التي يحتاجها الطفل وتساعده في تلقي المعلومات والمؤثرات الخارجية وفهمها وفهم المطلوب اجراؤه بموجبها. الاول هو ادراك اللمس والتي تلعب دورا في تلقي وفهم المعلومات القادمة جراء ما يجري على الجسم من تفاعلات لمسية وردود فعل الجسم حولها. والثاني الادراك المتعلق بتلقي المعلومات القادمة الى الجهاز العضلي والمفصلي وفهمها وكيفية التعامل معها، أو ما يسمى ادراك المستقبلات. والثالث الادراك المتعلق بتلقي المعلومات الخاصة بتنظيم علاقة الرأس ووضعه المشرئب الى الاعلى ووضع الجسم الثابت على الارض بفعل الجاذبية، أو ما يسمى ادراك المكان.

قد يصاب من يعاني من هذه الاضطرابات بحساسية من اللمس، وقد يبدي تصرفا دفاعيا لدى تعرضه للمس ما لا يرغب أو ما يزعجه، وقد يواجه صعوبة في تحريك رأسه بالطريقة السليمة المناسبة، وقد يعاني من صعوبة في اداء وانجاز الاعمال التي

تتطلب جهدا عضليا، كعقد الازرار في الملابس أو ربط ربطات العنق، وقد يعاني من صعوبة في التوصل الى وضع رأسه في الموضع الملائم والطبيعي المنسجم مع وضع جسده. فان كان ممن يعاني من حساسية اللمس فان قطعة القماس الصغيرة التي تحمل ماركة ملابسه والمعلقة عليها أو حزامه أو نوع نسيج ثيابه تثير حساسيته وانتباهه بشكل مفرط الامر الذي يجعله يتململ ويتحرك بحيث يبدو وكأنه يعاني من فرط النشاط. وقد يكون واحدهم غير واثق من الوضع المناسب لجسده أي غير متأكد من أن طريقة جلوسه أو وقوفه هي الوضع السليم أم لا، الامر الذي يجعله يتحرك مرارا كي يتوصل الى الوضع الذي يريحه. ولهذا فانه من المحتمل ان يكون الاطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات عصبيين وسريعي الملل. وفي هذه الحال فان عوارض فرط النشاط والعصبية هي نتيجة للاصابة بهذه الاضطرابات وليست بسبب اصابة الطفل باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.

❖ مقاييس التقدير كجزء من عملية التشخيص ❖

تعتبر هذه المقاييس رائجة وشائعة عندما يكون الهدف تحديد وتقويم سلوك الاطفال. وتعتمد هذه المقاييس على معلومات ممن يعرف الطفل جيدا كالوالدين والمدرسين، بالاضافة الى ما لدى العيادات من تقارير ومعلومات منبثقة عن معاينة الطبيب للطفل ومقابلاته له. وتعتبر طبعا هذه المصادر كافية وهي في الوقت نفسه مبنية على معايير ثابتة محددة.

والسؤال هو ما الذي تم تقييمه وما الذي تم قياسه؟ فقد تظهر البيانات الموجودة في تلك المقاييس ان طفلا من الاطفال يعاني من فرط النشاط الحركي وشرود الذهن والاندفاع أو كليهما، ولكنها تبقى أسباب وجودها مجهولة بالنسبة للطبيب المعالج. ولهذا فانه من الضروري اعتبار هذه المقاييس مصدر بيانات لملاحظة الاضطرابات فقط، اذا ما تم استخدامها في خطوات التشخيص وليس كخطوات تشخيصية بحد ذاتها.

واستخدام هذه المقاييس في العيادات مفيد لعدة أسباب، أولها انها توفر معيارا ثابتا يساعد الطبيب المعالج في تحديد وتقرير درجة انحراف طفل ما ضمن مجموعة من الاطفال في مثل سنه وجنسه. وهذا أساسي في تشخيص اعراض اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط لأن معظم خصائص هذه الاضطرابات تظهر، الى درجة ما، عند الاطفال دون مرافقتها لخلل ما. ثانيا، ممكن لهذه المقاييس أن تكون وسيلة مفيدة وملائمة لتوفير معلومات مركزة عن حالات كثيرة ومراحلها الزمنية العديدة لطفل ما،

لأنه ليس سهلا تجميع معلومات عن طريق مراقبة الطفل ورصد كل ما يتعلق بحالته ان كان في العيادة وذلك لشهور أو من خلال مراقبة أوضاعه المختلفة عن كثب. وأخيرا فان تلك المقاييس توفر وسائل مفيدة وملائمة لتقييم مدى استجابة المرء لتدخل الجانب الاكلينيكي في علاجه.

مقياس التقدير للوالدين:

تعتبر سلسلة المعايير والتقدير المعدة من قبل الوالدين أكثر تلك المقاييس استخداما. هناك ثلاثة نماذج بهذا الخصوص: النموذج الاصلي الذي يضم ٩٣ بندا، والنموذج المعدل الذي يحتوي على ٤٨ بندا، والاستبيان المختصر الذي يحتوي على عشرة بنود. هذا، ومن المهم معرفة ان هذه المقاييس كانت قد ظهرت مع صدور واستخدام أول طبعة من الدليل المنوه عنه سابقا (DSM) (دليل التشخيص) والذي كان التركيز فيه على حالة فرط النشاط الحركي فقط.

وهناك "قائمة مراجعة سلوك الطفل" الذي وصفها (Edelbrock & Achenbach) (ايدلبروك واكنباك) الذي ظهر عام ١٩٨٣، وهي واسعة الاستخدام. ومع انها تحتوي على عنصر فرط النشاط الحركي الا انها تفتقد لوجود أي عنصر متعلق بسلوك شرود الذهن.

كما صدر عدد من المواد والادوات المساعدة المتعلقة بهذا الموضوع والتي اعتمدت على معايير دليل (DSM-III-R). من تلك المواد (مشكلات انتباه الطفل) تأليف (Bark- ley) (باركلي) و(مقياس تقدير قصور الانتباه مفرط النشاط) الذي وصفه (DuPaul) "ديبول" (ومقياس تقويم اضطرابات قصور الانتباه) الذي وصفه (McCarney) (مكارني).

مقياس التقدير للمدرسين:

وتعتبر سلسلة المعايير والتصنيفات المعدة من قبل المدرسين هي الاخرى واسعة الاستخدام أيضا. وهناك أيضا العديد من المطبوعات والنماذج العائدة لتلك المعايير. وكغيرها يلاحظ التركيز الاولي في محتوياتها على عنصر فرط النشاط الحركي. من تلك المواد:

"استبيان كونورز المختصرة لزمل الاعراض" التي وصفها مونورز" (Conners) و (Barkley) (وباركلي) التي تحتوي على قائمة من عشرة بنود. وهي على أي حال تهتم بتقويم وتصنيف سوء التصرف العام والعدوان وليس عدم الانتباه والاعراض الاخرى

لاضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. وهناك "مقياس تقدير مشكلة الانتباه لدى الطفل" الذي وصفه "باركلي" (Barkley) والذي يتكون من ١٢ بندا تصنف بشكل معين وخاص قضية عدم الانتباه والتركيز وكذلك حالة فرط النشاط الحركي.

أدوات تقدير جديدة:

ومنها "قائمة بيل للاطفال" وهو مقياس يعتمد على مقياس تقدير للاباء ويقوم عناصر وعوامل مختلفة متعلقة باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط والاضطرابات المصاحبة لها. ويحتوي على أحد عشر مقياساً: الانتباه - الاندفاعية - النشاط - التكيف - التعود - اضطرابات السلوك الاجتماعي - اضطرابات السلوك العدواني - الوجدان السلبي - اللغة - الحركة الدقيقة والجانب الاكاديمي. وبهذه المقاييس تم بذل جهد لفرز وتحديد كل من اضطراب فرط النشاط الحركي شرود الذهن والاندفاعية، جبنا الى جنب مع أية ادلة عن الاضطرابات الانفعالية أو صعوبة التعلم.

❖ تشخيص قصور الانتباه مفرط النشاط ❖

بما ان الكلام كان كله في ما سبق حول ما هو ليس (اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط) فاعتقد انه آن الاوان لتحديد وتعريف ما هو فعلا هذا الاضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. كيف كانت بداية وأساس تشخيص هذا الاضطراب؟ لعل سجلات عيادات الاطباء الخاصة بالسيرة المرضية لشخص ما، والبيانات والمعلومات المستقاة من المراقبة الحثيثة هي خير معين للطبيب لتحديد أسس تشخيص هذا الاضطراب. وهذه السيرة التاريخية يجب أن يحصل عليها من الاهل والمدرسين وسجلات المدارس، وبعض الراشدين ذوي المواقع المميزة والخاصة مثل قائد فريق الكشافة، أو المرشد الديني وغيرهما. ويجب أن تكون معلومات وبيانات المراقبة الحثيثة صادرة عن بيئتي البيت والمدرسة معا.

هذا، ويجب ملاحظة أن بوادر ظهور عوارض فرط النشاط الحركي وشرود الذهن والاندفاعية في مرحلة معينة أو مكان معين أو نشاط معين، قد يكون الباعث هو القلق وليس اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. فمثلا قد يقال ان "بيلي لم يكن على الاطلاق يعاني من فرط النشاط الحركي الا عند بلوغه الصف الثالث "او" جون يعاني من شرود الذهن وعدم التركيز في فصل مادة الرياضيات فقط "أو" بوب يعاني من الاندفاع عندما يعود والده الى البيت مساء فقط". وهكذا فان هذه السلوكيات تعترض حياة الطفل في حالة محددة أو تظهر خلال وقت معين من اليوم فقط.

واذا ترافق ظهور هذه السلوكيات مع حدوث كوارث وأزمات أو خسارة فادحة في سيرة الطفل التاريخية فيكون الاكتئاب هو السبب. فقد يقال "لم يكن جون يعاني من فرط النشاط الحركي الا بعد ان افترق والداه عن بعضهما البعض. "أو" أصبحت ماري قليلة الانتباه في فصلها منذ بدأ والداها العراك في المنزل علنا". وقد تظهر هذه السلوكيات بعد ضغوطات واجهاد واضح نتيجة عراك الوالدين امام الطفل أو افتراقهما عن بعضهما البعض، أو طلاقهما، أو موت أحد أفراد العائلة. وقد تظهر هذه السلوكيات أثر قدوم وليد جديد الى العائلة أو الانتقال الى منزل جديد أو مدرسة جديدة. والجدير بالملاحظة ان بداية هذه السلوكيات في مثل هذه الحالات تكون محددة وواضحة وتشير الى بروز اجهاد أو ضغوطات حياتية معينة على كاهل الطفل. فاذا بدأ الاضطراب بعد انتقال الطفل الى محيط أو بيئة جديدة، فان السبب هو رد الفعل لهذه البيئة.

هذا، ويجب استبعاد العجز عن التعلم واضطراب التكامل الحسي أو كليهما مثل ان يصل الاكلينيكي الى تشخيص اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. واذا كانت هذه الانواع من السلوك مزمنة أو ملحة فيجب النظر في احتمال وجود اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط.

السلوك المزمن:

هذا السلوك هو الذي يرافق حياة الطفل برمتها. فقد يشتكي مثلا مدرس الصف الرابع بأن طفلك لا يخلد الى الهدوء في صفه ولا ينتبه ولا يستمع الى شرحه، وقد تفكرين بينك وبين نفسك متسائلة: "هل يعتقد هذا المدرس انه يعاني من مشكلة مع طفلي! ليته يعرف ماذا فعل في الصف الثالث والثاني والاول والحضانة! لقد كان طفلي هو الوحيد الذي طرد من حضانة الاطفال لأنه لم يجلس لحظة واحدة هادئا منتبها". أو لعلك تتذكرين كم تحرك، على غير عادة بقية الاجنة، في رحمك وكم رفس فيه، أو كم تقلب بين ذراعيك، وفي الحقيقة كان دائم الحركة لا يهدأ: "لقد بدأ يمشي وهو في الشهر العاشر من عمره، ومنذ بلوغه هذه السن شرع فورا للركض الى باقي الغرف والى خارج البيت وحتى الى الشارع، اذا لم أكن هناك لأمنعه". أو قد تقولين "لا أذكر طوال حياته انه جلس مرة واحدة بهدوء ودون تحرك ودوران خلال فترة تناوله وجبة طعام واحدة".

السلوك الدائم:

وهو السلوك الذي يظهر في جميع الاوقات، أي ان فرط النشاط الحركي وشرود

الذهن والاندفاع لا يبدو جليا ودائما لك وحدك بل يلاحظه كل من يتعامل مع طفلك، مدرسه، أستاذ الفنون، استاذ الموسيقى، استاذ الرياضة، ناظر غرفة الطعام في المدرسة، وحتى استاذه الخاص، عريف الكشافة، وغيرهم.

❖ ملخص ❖

ليس كل الاطفال والمراهقين الذين تبدو عليهم اعراض فرط النشاط الحركي وشرود الذهن أو الاندفاع أو كليهما يعانون من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. ففي الحقيقة ان اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط قد يكون أقل الاسباب المعروفة عموما لهذا السلوك. ولذلك فان خطوات تشخيصية واضحة وسليمة وتشمل كافة احتمالات وجود مختلف الاسباب لتبيان وتحديد الفروق بينها، أمر مهم للغاية ومطلوب قبل وضع التشخيص اللازم واقرار وجود هذا الاضطراب لدى الطفل. ولأن التشخيص يتم على أيدي أطباء قد يكون الطبيب المعني على غير دراية ومعرفة بكل ما يحيط بهذا الاضطراب، فان من المستحسن جدا أن يكون الوالدان مطلعين جيدا وعلى معرفة تامة بهذا الشأن.

وعندما يتم فعلا وضع تشخيص حالة الطفل على انها حالة اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط فمن المهم دراسة مدى تأثير هذا الخلل على طفلك وعلى الاسرة معا. ويؤثر سلوكه هذا على مستوى أدائه في المدرسة. وكما سبق شرحه فان سلوكيات فرط النشاط الحركي وشرود الذهن أو الاندفاع أو كليهما سوف تلعب دورها في علاقات وتفاعلات الاسرة مع بعضها البعض، وأنشطتها وفي علاقات الطفل مع أقرانه وأنشطتهم سوية. وسيتطرق الى الخطة العلاجية لهذا الاضطراب في الفصل التاسع.

اذا تم تشخيص طفلك على انه يعاني من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط فقط، فقد تجد نفسك في حيرة حرجة وتتساءل فيما اذا كان طفلك يعاني من عجز عن التعلم، والحقيقة ان ٨٠ في المائة ممن يعانون من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط يعانون في الوقت نفسه من عجز عن التعلم. فاذا حدث وكان طفلك فعلا يعاني من تلك الاضطرابات، فمن الواجب معالجة ذلك أيضا. ومن الاهمية بمكان ملاحظة ان علاج اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط يختلف عن علاج اضطراب العجز عن التعلم، واذا كان طفلك، فعلاج الاولى لا يفيد لعلاج الثانية والعكس صحيح. فرغم ارتباط الاضطرابين الا انهما منفصلان.

في حال وجود مشكلات انفعالية وعائلية واجتماعية، فعلى الطبيب ملاحظة مدى

تأثير ودور اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط أو ربما أيضا تأثير ودور اضطراب العجز عن التعلم، على المساهمة في وجود تلك المشكلات. وطبعا تختلف خطة المعالجة في حال كون تلك المشكلات تشكل صعوبات أساسية عند الطفل أو انها ثانوية نابعة من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط أو مشكلة اضطراب العجز عن التعلم وكم كان تأثيرها على الطفل وعلى الاسرة معا.

الاضطرابات المصاحبة

الفصل الرابع

العجز عن التعلم

كما سبق ونوهت في هذا الكتاب، ان المرء الذي يعاني من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط قد يعاني في الوقت نفسه من عجز عن التعلم. في الوقت نفسه أيضا فان الطفل أو المراهق الذي يعاني من عجز عن التعلم قد يبدي عوارض توحي بأنها اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. لهذا فان من الاهمية بمكان دراسة ومعرفة المزيد عن مشكلة العجز عن التعلم. في كتابي الآخر: The Misunderstood Child: A) Guide for Parents of Children with Learning Disabilities) (الطفل المساء فهمه: دليل للآباء الذين لديهم أطفال يعانون من العجز عن التعلم)، أتعمق أكثر في هذا الموضوع وأغوص بتفاصيل مشكلة الاضطراب في العجز عن التعلم وما على الوالدين القيام به حيالها بغية مساعدة أطفالهما. (لمزيد من المعلومات يرجى الاطلاع على الملحق A).

سأروي في ما يلي قصة غير عادية ولكنني طالما سمعتها ومن عدد كبير من الاسر:

يبدأ الطفل حياته الدراسية بأداء رديء. يصل الى الصف الثالث وهو لا يزال عاجزا عن اتقان المهارات البديهية البسيطة في هذا الشأن. وهو لا يستطيع الخلود الى السكينة أو الاستمرار لزمن معين بغية اتمام واجباته. وتقرر مدرسته ان الاسلوب الامثل للتعامل معه هو ابقاؤه في صفه دون ترفيعه الى الصف الاعلى مع باقي اقرانه. الذي يحدث انه يجد نفسه بين أطفال أصغر منه سنا وأقصر منه طولا وأصغر حجما طبعا. أصحابه الذين كانوا معه في الصفوف السابقة أصبحوا في صفوف أعلى ويشرعون في السخرية منه والاستهزاء به لتقصيره. هو الان في الصف الخامس، متخلف جدا في دراسته ولا يزال في صفوف دراسية متدنية. يزداد عنده شعور الاحباط والخوف والغضب. يبدأ تصرفه، نتيجة لذلك، في الصف يسوء. وخلال تلك السنوات من تخلفه يصاب الوالدان بالاحباط والقلق واليأس. ادارة المدرسة تتصل بهما باستمرار لتقديم الشكوى بحق طفلهما، ان كان لسلوكه السيئ أو لتقصيره في أداء واجباته. أكثر فأكثر فان الوالدين يقعان في حيرة من أمرهما: ما الذي يجب عليهما فعله بهذا الشأن؟ يرى أحدهما ان

الطريقة المثلى لمعالجة هذا الوضع هو الحزم والقسوة والتعامل الصارم مع الطفل، الآخر يرى العكس، الليونة والتفهم، وسرعان ما تقع المشكلات الزوجية. وأخيرا يتصل مدير المدرسة بالوالدين ليقول لهما أن طفلهما يعاني من مشكلات انفعالية، ربما بسبب المشكلات بين الوالدين التي يشهدها في المنزل، ويقترح على الوالدين مراجعة طبيب نفسي لهذا الغرض أو أي اختصاصي في الصحة النفسية.

وفي الواقع فان الطبيب النفسي المختص سيقع في حيرة وارتباك وستكون مهمته لفرز الاسباب عن الواقع ليست سهلة. فهل المبدأ صحيح وهو ان الطفل يعاني من مشكلات انفعالية أو ربما من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط أو من عجز عن التعلم أو من كليهما؟ فاذا كانت الحال هكذا فهل المشكلات الانفعالية والعائلية هي التي شكلت صعوبات في طريق مسيرة تعليمه؟ أو ان تلك المشكلات لم تكن سوى نتيجة لعجزه عن التعلم؟ وكل استنتاج يملي خطة للعلاج تختلف عن الاخرى. وللاجابة عن هذه الاسئلة لا بد من الالمام جيدا بما يتعلق باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط وكذلك بمشكلة الاضطراب العجز عن التعلم.

في هذا الفصل سيتم التركيز على مسألة العجز عن التعلم.

❖ ما هو "العجز عن التعلم"؟ ❖

(التعريف الرسمي)

تعتمد المدارس الحكومية تعريف العجز عن التعلم الوارد في القانون الفدرالي: تعليم كافة الأطفال المعاقين (القانون العام ١٤٢-٩٤). ويستعمل هذا التعريف المعايير ذات العلاقة وتلك المستبعدة في آن واحد:

"حالة معينة من العجز عن التعلم" تعني خللا في واحدة أو أكثر من عمليات التفاعل بين الجسد والعقل والتي تقع مسؤولياتها بشكل خاص في ما يتعلق بجانب الفهم والاستيعاب أو استخدام اللغة، المحكية والمكتوبة والتي قد تظهر جليا باعراض تتجلى بنقص المقدرة على الاستماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التهجئة أو حل المسائل الحسابية. ويشمل المصطلح هذا بتعريفه حالات مثل الاعاقات في الادراك، والاصابات المخية، والاختلال الوظيفي البسيط في الدماغ، وعسر القراءة وضعف في النمو في المقدرة على الكلام. والمصطلح لا يشمل الاطفال الذين يعانون من مشكلات في قدرتهم على التعلم التي تعود

أسبابها بشكل أساسي الى عاهة أو اعاقة في الجهاز السمعي أو البصري أو الحركي لديهم، او الى تخلف عقلي أو الاضطرابات الانفعالية أو المحرومين بيئيا أو ثقافيا أو اقتصاديا.

الجدير بالذكر ان الاطباء الاختصاصيين في الصحة النفسية يعتمدون في عياداتهم ويستعملون التعريف الذي جاء في الدليل المذكور سابقا (DSM-III-R) حيث ان التعريف جاء على شكل تقرير وهو ما يفيد الاطباء اكثر. ولا بد من التنويه الى ضرورة اطلاع الاهل على ذلك التعريف ايضا. والمصطلحات الواردة في تعريف الدليل تختلف عما هي عليه في تعريف القانون الفدرالي. أكثر من هذا فانه بدلا من التركيز على فهم اضطراب العجز عن التعلم فان مضمون التعريف في (DSM-III-R) يركز على النواحي المتعلقة بالصعوبات الاكاديمية أي تلك التي لها علاقة ببيئة المدرسة، وذلك عن طريق استخدام مصطلح "الاضطرابات النمائية الخاصة" (Specific Development Disorder). ويتفرع عن تلك الاضطرابات اضطرابات ثانوية اخرى تعالج وتركز على مصاعب ما في مسارات عامة:

- الاضطرابات الخاصة بالمهارات الاكاديمية (التعليمية):
  - اضطراب في نمو المقدرة الحسابية.
  - اضطراب في نمو المقدرة التعبيرية.
  - اضطراب في نمو مقدرة القراءة.
- الاضطرابات الخاصة بالحديث واللغة:
  - اضطراب في نمو المقدرة اللفظية والنطق.
  - اضطراب في نمو مقدرة استعمال اللغة التعبيرية.
  - اضطراب في نمو مقدرة تلقي الافكار الواردة عبر مفردات اللغة.
- الاضطرابات الخاصة بالمهارات الحركية (الجسدية):
  - اضطراب تآزر العضلات.

ووصفت هذه الاضطرابات على أنها نمو غير ملائم وغير واف لبعض المهارات الاكاديمية في الانسان منها: اللغة، الحديث والتعبير، والحركة، على أن لا يكون هناك أي دليل على انها وليدة عاهات جسدية أو عصبية (الاختلافات النفسية الرئيسية) أو تخلف عقلي، أو القصور في الفرص التعليمية.

ويختلف دليل (DSM-III-R) في تصنيف وتبويب هذه الاضطرابات وتعريفها بالنسبة للاطفال والمراهقين، عما هو عليه في الوثائق الفدرالية أو وثائق الولاية وذلك بشكل جوهري وواضح. فبينما تصنف هذه الاخيرة الاطفال والمراهقين الذين يعانون من هذه الاضطرابات على انهم متوسطو الذكاء، تصنف وثائق (DSM-III-R) الاطفال الذي يظهرون مهارات تعليمية ادنى مما يجب ان تكون عليه في مثل سنهم، انهم يعانون من اضطراب العجز عن التعلم حتى ولو كانوا متخلفين عقليا.

وعندما يتعلق الامر بالعمل مع نظام مدرس أوفيه، يستخدم مصطلح "العجز عن التعلم" وعند اسيفاء، أما اذا كان الموضوع متعلقا بملء نموذج طبي أو النموذج الخاص بشركات التأمين الصحي، فان مصطلح (DSM-III-R) هو الذي يستخدمه اختصاصيو الصحة النفسية. وبغض النظر عن التعريفات المستخدمة فان الاهتمام الاول والاهم يجب أن ينصب على معرفة ودراية ما هو متعلق بمثل هذا العجز.

❖ ما هو العجز عن التعلم؟ ❖

(التعريف الاكلينيكي)

تستخدم معظم ادوات الاختبار التربوية وكتابات التربية الخاصة نموذجا يعتمد على الحاسب الالي، أو الميكنة لفهم التعلم والعجز عن التعلم. ومن المعروف أن أي مهمة للتعلم تتضمن أكثر من عملية وأن أي عجز عن التعلم قد يتضمن أكثر من مجال من مجالات اختلال الوظائف. ومع ذلك فان تقسيم التعلم الى خطوات يساعد على توضيح العملية.

والخطوة الاولى هي المدخلات، وفيها تدخل المعلومات المخ من الحواس. وبمجرد تسجيل المعلومات تعالج وتفسر، وهي عملية يطلق عليها التكامل. والخطوة الثانية هي استخدام المعلومات أو تخزينها، وهذه هي عملية الذاكرة. وأخيرا يجب إرسال هذه المعلومات الى الخارج عن طريق اللغة أو أنشطة العضلات، ويطلق عليها عملية المخرجات. ومن المهم أن نفهم عملية المدخلات ←التكامل ← الذاكرة ← المخرجات، وكذلك المصطلحات التي يستخدمها المختصون في مجال العجز عن التعلم..

عجز المدخلات:

المدخلات عملية في الدماغ المركزي، وليس لها علاقة بأي مشكلات بصرية أو سمعية خارجية. ونشير الى عملية ادراك بيئتنا بالادراك. وقد يكون لدى الطفل عجزا

في الادراك البصري أو السمعي، وكذلك نواحي عجز أخرى مرتبطة بالتكامل الحسي أو التذوق والشم.

عجز الادراك البصري:

يعاني الاطفال المصابون بعجز الادراك البصري من صعوبة في تنظيم وضع وشكل ما يرون. فقد تدرك مدخلات الحروف والارقام معكوسة أو مدارة: فقد يدرك حرف n على أنه حرف u، كما أن حرف E قد يبدو مثل رقم ٣، أو W أو M. وقد يخلط الطفل بين الحروف d,b,p,q. وهذا الخلط في وضع المدخلات أمر طبيعي حتى سن الخامسة أو السادسة. وتظهر المشكلة عندما يبدأ الاطفال في نسخ الحروف أو التصميمات أو القراءة أو الكتابة.

وقد يجد بعض الاطفال مشكلة في تمييز الشكل من الارضية، أي أن لديهم مشكلة في تمييز الشكل المهم بدلا من المدخلات البصرية الاخرى في خلفية الصورة. وتتطلب القراءة مثل هذه المهارة، أي التركيز على حروف معينة أو مجموعات من الحروف، ثم تتبع ذلك من اليمن الى اليسار (في اللغة العربية)، ومن اليسار الى اليمين (في اللغة الانجليزية) سطرا تلو سطر. وعندما يقرأ الاطفال الذين لديهم هذا العجز قد يقفزون بعض الكلمات، أو يقرأون نفس السطر مرتين، أو يقفزون بعض السطور.

وهناك جانب آخر من الادراك البصري قد يصيبه اختلال وظيفي، ذلك هو الحكم على المسافات أو ادراك العمق. وبعض الاطفال قد يسيئون تقدير العمق، مما يجعلهم يصطدمون بالاشياء، أو يسقطون من على الكرسي، أو يسكبون سائلا لأن ايديهم تصل الى الكوب بأسرع من المتوقع.

عجز الادراك السمعي:

قد يكون لدى الاطفال أيضا صعوبة في مظهر أو أكثر من مظاهر الادراك السمعي. فالاطفال الذي لديهم صعوبة في التمييز بين الفروق الخفيفة في الاصوات يسيئون فهم ما يقال وقد يستجيبون استجابة خاطئة. فقد يخلط الطفل بين الكلمات التي تتشابه أصواتها، مثل blue, blow - ball, bell - can, can't. والطفل الذي يعاني من هذا العجز قد يجيب قائلا (I'm nine years old) على سؤالك له (How are you?) حيث يعتقد انه سمع (old) بدلا من (are).

ويعاني بعض الاطفال من مشكلة الشكل والارضية السمعي. فقد يشاهدون التليفزيون في غرفة يلعب أو يتكلم فيها اطفال آخرون، وقد يخاطبهم أو يدعوهم الاب

أو المدرس، وقد لا يسمعون من يخاطبهم أو يناديهم الى بعد الفقرة الثالثة من الحديث، حيث يبدأون في التقاط الصوت (الشكل) ويميزونه من الاصوات الاخرى (الارضية). ويعتقد من حولهم انهم لا ينتبهون أو يصغون ابدا.

ولا يستطيع بعض الاطفال معالجة مدخلات الصوت بنفس السرعة التي يستطيع بها ذلك معظم الناس. ويطلق على هذه المشكلة التخلف السمعي. وعند الاستماع الى السرعة العادية في الحديث، يحتاج هؤلاء الاطفال الى التركيز على كل فكرة يسمعونها فترة أطول تبلغ جزءا من الثانية عما يحتاج الناس الآخرون لفهم ما يسمعون. ولذلك فانهم يركزون على ما سمعوه في التو، وفي الوقت ذاته يحاولون فيه التمسك بما سوف يأتي بعد ذلك. ولحاجتهم لوقت أكثر للقيام بهذه المهمة، تراهم يفتقدون سماع ما يليه من أصوات، وبالتدريج يتخلفون عما يدور من حديث، ويضطرون الى القفز الى الامام ليسمعوا ما يقال في ذلك الوقت، ولذلك يفقدون جزءا مما قيل. مثال ذلك اذا كان المدرس يشرح مسألة رياضية، فقد يسمع طفل لديه مشكلة التخلف السمعي الخطوات الاولى والثانية والثالثة، ثم يفقد الخطوة الرابعة، ثم يلحق المدرس عند الخطوة الخامسة، وهنا يختلط عليه الامر، حيث انه لم يعد يتابع المدرس. ويبدو مثل هذا الطفل لأبويه أو معلميه عندما يخاطبونه أنه غير منتبه لهم وأنه لا يفهم ما يقال.

اضطراب التكامل الحسي:

هناك مدخلات حسية أخرى متعددة تلعب دورا حيويا في فهم بيئتنا. وهذه المدخلات ضرورية لتوجيه أجسامنا وتحريكها في المكان. ويدور في الوقت الحاضر جدل حول ما اذا كان للصعوبات التي تواجه المدخلات الحسية أثرها في احداث العجز عن التعلم. وليس هناك جدال في انها تؤثر على الوعي بالجسم وبحركته، ولذلك يستمر هذا العجز طوال الحياة. وترتبط هذه المدخلات الحسية باللمس (ادراك اللمس)، ونشاط العضلات والمفاصل (ادراك المستقبلات)، وموضع الرأس والجاذبية (ادراك التوازن في المكان).

ويخلط الاطفال الذين لديهم صعوبات في ادراك اللمس بين المدخلات الخفيفة والمدخلات الشديدة الآتية من الاطراف العصبية الى سطح الجسم. وقد يصبحون دفاعيين لمسيا (فهم منذ الطفولة المبكرة لا يحبون أن يلمسهم أو يحملهم أحد). إذ أنهم حساسون للمس وقد يدركونه كشيء غير مريح. وكثيرا ما يشكون من العلامات الموضوعة خلف القميص، ومن ضيق الحزام، ومن شعورهم بعدم الراحة من ملابسهم. ويتعلم الاباء ان الاطفال اكثر تسامحا بالنسبة للمس العميق ويحاولون تهدئة طفلهم.

وبعض الاطفال ذوي الحساسية اللمسية دفاعيون ويحاولون تجنب أي ما يلامس اجسامهم. مثال ذلك اذا عبر صبي ذو حساسية لمسية الصالة واحتك به صبي آخر بلطف، فإنه قد يستجيب كما كانت هذه اللمسة الخفيفة ضربة قاسية، ويضرب الطفل الآخر. وبعض الاطفال الآخرين يشعرون بالحرمان من اللمس، ويحتاجون الى ملامسة الآخرين، وقد يجوبون الغرفة جيئة وذهابا يلامسون الاطفال الآخرين مما يضايق الاطفال والمدرس.

ويمكن ادراك المستقبلات من ادراك وضع المفاصل، وتناغم العضلات، والحركة، وموضع الجسم. وتساعد هذه المدخلات على بناء تناغم العضلات، وتستخدم المعلومات الاتية من العضلات لتحقيق انتصاب الجسم، أو رفع الاجسام، وحملها، ودفعها، وجذبها. ويختلط على الاطفال والمراهقين الذين يعانون من صعوبة في هذا المدخل الحسي، وضع اجسامهم في المكان، كما قد يواجهون صعوبة في تناغم العضلات، واعتدال القامة. وبذلك يجدون صعوبة في تغيير وضع جسمهم للبعد عن فقد التوازن. موضع رؤوسهم ومدى تناسقها مع اجسادهم لذلك تراهم يجدون صعوبة في تغيير جلستهم تجنبا لفقدان توازنهم. وقد يجدون صعوبة أيضا في القيام بالحركات وفي استخدام العضلات في تآزر في الانشطة المختلفة التي يقومون بها مثل عقد الازرار، وربط الاشياء. ويعاني بعض الاطفال الذين يعانون من هذا العجز حرمانا من استقبال المثيرات العصبية والعضلية مما يجعلهم يركلون الارض بأقدامهم، أو يصطدمون بالحائط.

أما إدراك التوازن في المكان فيحدد للدماغ أن يوجد الجسم في المكان (مقلوبا، منبطحا على بطنه، راقدا على ظهره، الخ) وكيف يتحرك (بسرعة، ببطء، حول الاشياء، للأمان، للخلف، الخ). واذا كان ادراك التوازن في المكان غير واضح فقد يكون من الصعب على الاطفال أو المراهقين التفاعل مع الجاذبية الارضية والاحساس بحركة الجسم في المكان، وبخاصة عند تعديل وضع رؤوسهم. وقد يمر بعض الاطفال بخبرة الحرمان من ادراك التوازن في المكان، وهؤلاء يشعرون بمتعة الالتفاف في الكراسي.

ويتوقف نوع الاضطراب لدى الاطفال والمراهقين على جهاز الاحساس المتأثر بهذا الاضطراب. وعلى هذا فقد تكون المشكلة في الحساسية اللمسية، أو تآزر حركات الجسم، أو الملاءمة مع وضع الجسم في المكان. وبالاضافة الى ذلك، فقد يكون لديهم صعوبة في اداء المهارات الحركية، أي القدرة على توجيه الجسم بسهولة لأداء الانشطة الحركية بأسلوب انسيابي متآزر.

التذوق والشم:

لم تكتشف البحوث حتى الان اذا ما كان هناك اختلال وظيفي لحاستي التذوق والشم لدى الاطفال العاجزين عن التعلم. تاريخ مسؤولية أو علاقة اضطراب هاتين الحالتين عن عجز في اداء وظيفي ما لدى الاطفال أو المراهقين. الا انه بسبب وجود صعوبات لدى هؤلاء الاطفال في أجهزة الحواس الاخرى، فمن المحتمل ان يكون هذين الجهازين مصابين أيضا.

ولقد أبلغني بعض الآباء ان حاسة التذوق لدى طفلهم كانت حساسة للغاية، وأنه لا يحب أطعمة معينة لأن "طعمها كريه" أو أن "مذاقها في الفم غير مستحب". وذكر آباء آخرون أن طفلهم يشم أشياء لا يشمونها هم، ويبدو أن هؤلاء الاطفال حساسين جدا لبعض الروائح أو أنهم يشمون الاشياء بشكل مختلف.

العجز في تكامل الحواس:

لا بد من فهم المعلومات حال دخولها الدماغ. ويحتاج الامر الى ثلاث خطوات على الاقل لتحقيق ذلك وهي: التتابع، والتجريد والتنظيم. وقد يصاب الاطفال أو المراهقون بعجز في أي واحدة منها أو فيها كل هذه المجالات. فاذا كان العجز في التتابع يرتبط بالمدخلات البصرية سمي العجز عجز التتابع البصري. واذا كانت الصعوبة في المدخلات السمعية سمي عجز التتابع السمعي. وكذلك قد يواجه الاطفال بصعوبة في التجريد البصري أو التجريد السمعي. أما صعوبات التنظيم فعادة ما تشمل المجالات الثلاثة:

عجز التتابع:

عندما يسمع أو يقرأ الاطفال المصابون بهذا العجز قصة، ويحاولون سردها فإنهم يبدأون من منتصفها، ثم يعودون الى بدايتها وأخيرا يتحولون الى نهايتها. ورغم أنهم في النهاية يسردون القصة كلها إلا أن تتابع أحداثها يكون خطأ. وقد يكون لديهم نفس الصعوبة في الكتابة. إذ تكتب المعلومات كلها ولكن في الترتيب الخطأ. فقد يرون كلمة "god" ويقرأونها "God". وقد يكون أحد مظاهر هذا العجز أيضا، تهجئة حروف الكلمة بشكل سليم ولكن في الترتيب الخطأ.

وقد يكون من الصعب على هؤلاء الاطفال استخدام تتابع مجموعة من الحقائق. فقد يستظهرون ايام الاسبوع أو شهور السنة، ولكن يصعب عليهم استخدام كل منها بمفرده. فعند سؤالهم مثلا أي شهر يأتي بعد شهر أغسطس، لا يستطيعون الاجابة

بشكل تلقائي ويضطرون الى مراجعة تتابع الاشهر كاملا، "يناير، فبراير، مارس..." قبل الاجابة على السؤال. وقد يعرف هؤلاء الاطفال حروف الالفبية، ولكنهم غير قادرين على استعمال القواميس دون البدء باستمرار من الحرف الاول (a) حتى يصلوا الى الحرف المطلوب.

عجز التجريد:

بعد تسجيل المعلومات في الدماغ ووضعها في الترتيب الصحيح، يجب تفسير معناها. تظهر وتبرز دلالة المعلومات حال دخولها الدماغ وأخذها المكان المناسب في الترتيب المنطقي لها. ولا يجد معظم الاطفال العاجزين عن التعلم صعوبة كبيرة في هذا المجال. وعملية التجريد وهي القدرة على اعطاء المعنى العام الصحيح لكلمة أو رمز معين، عملية عقلية أساسية جدا. واذا كان العجز كبيرا في هذا المجال، يكون مستوى اداء الطفل متخلفا.

على أن بعض الاطفال يعانون من مشكلات غير ظاهرة تتعلق بالتجريد. مثال ذلك قد يقرأ المدرس أمام طلاب الصف الثاني أو الثالث قصة تدور وقائعها حول شرطي، ثم يبدأ في مناقشة أمور تتعلق بعمل الشرطة بشكل عام. ويسأل المدرس التلاميذ عما اذا كانوا يعرفون أية امرأة أو رجل يقطن في حيهم ويعمل كشرطي. واذا كان الامر كذلك، فماذا يفعلون؟ وقد لا يستطيع الاطفال الذين يعانون من عجز التجريد الاجابة على السؤال. لأنهم لا يستطيعون التحدث الا عن الشرطي الذي ذكره المدرس في القصة، وليس عن رجال الشرطة بشكل عام. وقد يجد الاطفال الاكبر العاجزون عن التجريد صعوبة في فهم الفكاهة، لأن كثيرا من المزاح يقوم على اللعب بالكلمات، وهذا الامر يربكهم. وبالمثل نجدهم يواجهون صعوبة في فهم المصطلحات والتورية. وهؤلاء الاطفال يأخذون ما يسمعونه حرفيا، ولذلك قد يبدون شكاكين.

عجز التنظيم:

بعد تسجيل المعلومات ووضعها في مكانها من تتابع وفهمها، يجب أن تتكامل المعلومات الجديدة مع الفيض المستمر من البيانات ثم ربطها بالمعلومات السابق تعلمها. ويجد بعض الاطفال صعوبة في ربط الاجزاء المتعددة للمعلومات في مفهوم كلي كامل. وقد يتعلم مثل هؤلاء الاطفال سلسلة من الحقائق ولكنهم لا يستطيعون الاجابة على أسئلة عامة تتطلب استخدام هذه الحقائق. وقد تكون مذكراتهم، وتقاريرهم، وأدراجهم، وخزاناتهم غير منظمة. وقد يتركون في المدرسة الاشياء التي يريد العمل فيها في

المنزل أو يقومون بما يجب عمله في المنزل في المدرسة. إن لديهم مشكلات في تخطيط وتنظيم وقتهم. كما أن غرفهم في المنزل قد تكون غير منظمة كذلك.

عجز الذاكرة:

بعد استقبال المعلومات في الدماغ، وتكاملها، يجب اختزانها حتى يمكن استرجاعها فيما بعد. وهناك نوعان من التخزين والاسترجاع (أي الذاكرة): ذات المدى القصير وذات المدى البعيد.

وذاكرة المدى القصير هي عملية الاحتفاظ بالمعلومات لفترة قصيرة أثناء الانتباه اليها أو التركيز عليها. مثال ذلك انه بعد طلب موظف الاستعلامات بمقسم الهاتف لاعطائه رقما لمكالمة خارجية، يستطيع معظم الناس حفظ عشرة أرقام فترة كافية لادارة قرص الارقام اذا تم ذلك مباشرة. الا انه اذا بدأ شخص ما في الكلام معهم أثناء طلب الرقم، فقد ينسون الرقم. أما الذاكرة بعيدة المدى فهي عملية تخزين المعلومات التي تكررت بدرجة تكفي للاحتفاظ بها واسترجاعها عند التفكير فيها.

ومعظم الاطفال الذين يعانون من عجز الذاكرة لديهم عجزا في الذاكرة قصيرة المدى. وكما هو الحال بالنسبة للقدرة على التجريد، فان عجز الذاكرة بعيدة المدى، له تأثير كبير على وظائف الطفل حتى ان الاطفال الذين يعانون من هذا العجز من المحتمل أن يكون مستوى اداؤهم متخلفا. وقد يحتاج الطفل الذي لديه مشكلة في الذاكرة قصيرة الى تكرار المعلومات كثيرا حتى يحتفظ بما يمكن للطفل العادي حفظه بعد عدد قليل من تكرار المعلومات. ومع ذلك فإن نفس الطفل ليس لديه عادة مشكلة مع الذاكرة بعيدة المدى، إذ يدهشون آباءهم بما يتذكرونه من تفاصيل حدثت من سنوات بعيدة.

ويمكن أن يحذف عجز الذاكرة قصيرة المدى بالنسبة للمعلومات التي يتم استقبالها بصريا (العجز قصير المدى البصري) أو بالنسبة للمعلومات التي يتم استقبالها سمعيا (العجز قصير المدى السمعي). وكثيرا ما يمتزج النوعان. مثال ذلك، قد يراجع الطفل تهجئة قائمة من المفردات يوما ما ويعرفها جيدا أثناء تركيزه عليها، ولكنه ينساها في المدرسة في اليوم التالي. وقد يقوم مدرس بشرح مفهوم في الرياضيات في الفصل عدة مرات حتى يتم فهمه، ولكن الطفل ينسى كيف يحل المسائل في المنزل ليلا. وبالمثل يتوقف بعض الاطفال في منتصف حديثهم ويقولون "لقد نسيتها" أو "غير مهم" لأنهم ينسون ما كانوا يقولون. ويستخدمون هذه العبارات لتغطية مشكلة الذاكرة قصيرة المدى لديهم.

ويعاني بعض الاطفال والمراهقين من صعوبة في حفظ ما يقرأونه. وقد تكون هذه المشكلة بسبب العجز في الذاكرة قصيرة المدى أيضا. فهم يقرأون الفقرة الاولى ويفهمونها. وهم يقرأون الفقرة الثانية ويفهمونها. وكذلك يقرأون الفقرة الثالثة والرابعة والفقرات الاخرى ويفهمون كلا منها. ومع ذلك فعندما يصلون الى نهاية الفصل، يكونوا قد نسوا كل ما قرأوه.

عجز المخرجات:

يتم التعبير عن المعلومات عن طريق نطق الكلمات (المخرجات اللغوية) أو عن طريق النشاط العضلي مثل الكتابة والرسم والايماءات (المخرجات الحركية). وقد يكون لدى الاطفال والمراهقين عجزا لغويا أو عجزا حركيا.

العجز اللغوي:

هناك شكلان من اللغة يستخدمان في الاتصال: اللغة التلقائية، واللغة الاستفهامية. وفي اللغة التلقائية يبادئ الفرد الحديث. إذ يكون لدى الشخص فرصة اختيار موضوع الحديث، وتنظيم أفكاره، وإيجاد الكلمات التي يعبر بها عما يريد. وفي اللغة الاستفهامية، يقوم شخص آخر بترتيب ظروف الحديث (مثال ذلك توجيه سؤال)، ويجب على الفرد في هذه الحالة أن ينظم تلقائيا أفكاره، ويجد الكلمات المناسبة، ثم يشرع في الكلام.

ولا يصادف الاطفال الذين لديهم عجز لغوي أي مشكلة فيما يتعلق باللغة التلقائية، ولكنهم قد يصادفون مشكلات فيما يتعلق باللغة الاستفهامية. وعدم الاتساق بين شكلي اللغة كبير جدا. فالطفل الذي لديه مشكلة في اللغة الاستفهامية قد يبدأ كل أنواع الحديث، وقد لا ينقطع عن الكلام أبدا، وقد يبدو طبيعيا جدا. ولكن اذا وضع في موقف يتطلب الاجابة الى سؤال، فان الطفل ذاته سوف يجيب: "ماذا؟ "أو" لا أعرف". وقد يطلب منك تكرار السؤال نفسه مرة أخرى بقصد كسب الوقت وقد لا يرد نهائيا. واذا أجبر الطفل نفسه على الاجابة أو الرد يكون كلامه محيرا ومفصلا يصعب متابعته. ويبدو بالتالي طفلا يختلف تماما عن الطفل الذي كان يتكلم قبل ذلك بطلاقة.

العجز الحركي:

يطلق على صعوبة امكانية تنسيق مجموعة العضلات الكبيرة كالتي في الاطراف أو الجذع الانسان بعجز العضلات الكبيرة. أما صعوبة أداء الاعمال التي تتطلب تنسيق مجموعة العضلات الصغيرة فتسمى بعجز العضلات الدقيقة.

وقد يؤدي عجز العضلات الكبيرة الى أن يكون الطفل غير منسق في حركاته، أو يتخبط في مشيته، أو يسقط، أو يرتطم بالاشياء، أو يجد صعوبة في القيام بالانشطة الحركية العامة مثل الجري، أو التسلق، أو السباحة. كما قد يجدون صعوبة في عقد الازرار، واغلاق السحاب، أو ربط الاشياء.

وأكثر أشكال العجز الحركي الدقيق شيوعا هو صعوبات الكتابة. وتكمن هذه المشكلة جزئيا في عدم القدرة على تجميع العضلات الدقيقة الكثيرة في اليد السائدة لتعمل معا كفريق. ويتصف الاطفال في هذا العجز في "اللغة المكتوبة" ببطء الكتابة ورداءة الخط. وقد يشتكون قائلين "ان ايديهم لا تعمل بالسرعة نفسها التي تعمل بها عقولهم". وبالاضافة الى المظهر الالي للكتابة، يجد مثل هؤلاء الاطفال صعوبة في انسياب الافكار من العضلات الى الصفحة. فقد يرتكبون اخطاء في تهجئة الكلمات، أو القواعد، أو وضع علامات الترقيم، أو يكتبون جملا ضعيفة التركيب والبناء.

واذا كان لدى الطفل عجز في الادراك البصري، مما يجعل المعلومات تصل الدماغ خطأ وبذلك لا يستطيع استخدامها بشكل سليم في المهمات الحركية، وينتج عن ذلك ظهور صعوبات في تآزر العين واليد. مثال ذلك قد يجد الطفل صعوبة في التلوين والبقاء على نفس السطر أثناء التلوين، أو قطع الورق والبقاء على نفس الخط أثناء القطع، أو الامساك بالكرة. والاطفال الذين يعانون من هذه الصعوبات لديهم عجز بصري حركي.

مبيان العجز عن التعلم:

من الواضح ان عملية التعلم عملية أكثر تعقيدا، الا ان هذا النموذج الذي يصف أنواع العجز الخاص عن التعلم يمكن أن تكون مفيدة. فكل فرد لديه عجز عن التعلم يكون له مبيانه الخاص بالقدرة على التعلم والعجز عن التعلم. وليس هناك نمط محدد للعجز عن التعلم. ولذلك يجب تقويم وفهم كل طفل أو مراهق بشكل مختلف عن غيره من الاطفال أو المراهقين. وهذه المعلومات هامة لفهم الفرد ولتخطيط أنواع التدخل التربوي أو الاكلينيكي أو كليهما.

❖ بعض علامات العجز عن التعلم ❖

عندما يقوم الاكلينيكي بتقويم الطفل أو المراهق الذي يعاني من مشكلات انفعالية أو سلوكية مرتبطة بضعف الاداء الاكاديمي، فإن على الاكلينيكي أن يضع في اعتباره

احتمال وجود اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط أو العجز عن التعلم أو كليهما. وسوف يسألك الاكلينيكي باعتبارك أبا أو أما بإمداده بالتاريخ الدراسي بدءا من مرحلة ما قبل المدرسة. وسوف يسألك أسئلة مثل "هل كان طفلك يواجه صعوبة عاما تلو الآخر؟" أو "هل كان معلمون الصفوف المتتالية يصفون طفلك بأنه مفرط النشاط أو شاردا؟" أو "هل كان طفلك يواجه مشكلات أكاديمية كل سنة؟"

ويمكن أن يكون طفلك عونا لك وللاكلينيكي، فبمعرفة كل منكما بنموذج المدخلات ← التكامل ← الذاكرة ← المخرجات، يمكنكما توجيه عدة أسئلة للطفل عن أدائه في المدرسة. وتتبع الاسئلة من النموذج:

■ **القراءة**

- ما قدرتك على القراءة؟ هل تحب القراءة؟
- عندما تقرأ، هل ترتكب أخطاء تافهة كأن تترك بعض الكلمات أو السطور أو قراءة نفس السطر مرتين؟
- عندما تقرأ فقرة أو صفحة هل تشعر انك تجيد ذلك دون أية صعوبة، لكنك تنسى ما قرأته كليا فور انتهائك من القراءة؟

■ **الكتابة**

- كيف خطك في الكتابة؟
- هل تشعر انك لا تستطيع الكتابة بنفس السرعة التي تفكر بها؟ واذا كان الامر كذلك، فهل تتداخل الكلمات لأن تفكر في الكلمة التالية التي سوف تكتبها؟
- ما قدرتك على التهجئة؟ والنحو؟ والترقيم؟
- هل تجد صعوبة في نسخ المكتوب على السبورة في كراستك؟

■ **الحساب**

- هل تعرف جدول الحصص؟
- عندما تحل مسائل حسابية هل ترتكب اخطاء تافهة مثل كتابة (٢١) بدلا من (١٢)؟ أو هل تخلط أعمدة الارقام بعضها ببعض؟ أو هل تجمع عندما يكون الطرح هو المطلوب؟
- هل تبدأ بحل مسألة حسابية وعندما تصل الى منتصف الطريق تشعر أنك نسيت ما كنت تنوي القيام به؟

وهناك أسئلة أخرى يمكن أن تركز على مجالات لا تشملها مراجعة المهارات الخاصة:

■ **التتابع**

- عندما تتكلم أو تكتب، هل تجد أحيانا صعوبة في ترتيب ووضع كل ما تنوي قوله أو كتابته في المكان الصحيح، أو أنك قد تبدأ من منتصف الموضوع، ثم تعود الى البداية، وبعد ذلك تقفز الى النهاية؟
- هل تستطيع ان تذكر شهور السنة؟ حسنا، ما الشهر الذي يعقب أغسطس؟ (وبعد الاجابة، كيف حصل الطفل على الاجابة).
- هل تجد صعوبة في ذكر حروف الهجاء مرتبة؟ هل تحتاج الى استرجاعها من البداية في كل مرة تريد فيها استخدام الحروف؟

■ **التجريد**

- هل تفهم النكت عندما يقولها أحد زملائك؟
- هل تشعر بالحيرة عندما يقول لك البعض شيئا، ولكنهم يذكرون بعد ذلك أنهم كانوا يقصدون شيئا آخر؟

■ **التنظيم**

- ما شكل كراستك؟ هل غير مرتبة تعج بأوراق في غير مكانها أو ممزقة منزوعة من مكانها؟ وما منظر مكتبك؟ وخزانتك في المدرسة؟
- هل تجد صعوبة في ترتيب أفكارك أو الحقائق التي تتعلمها وتنظيمها في مفهوم متكامل حتى يمكن تعلمها؟
- هل تجد انك تستطيع قراءة فصل كامل والاجابة عن الاسئلة الموجودة في آخره، ولكنك مع هذا لست متأكدا عما كان موضوع الفصل؟
- هل تجد صعوبة في تخطيط وقتك حتى يمكنك انجاز أعمالك في أوقاتها؟
- كيف هي حال غرفتك في البيت؟

■ **الذاكرة**

- هل تجد أنك تستطيع تعلم شيء ما في بيتك ليلا، ولكنك عندما تذهب الى المدرسة في اليوم التالي تكتشف انك نسيت كل الذي تعلمته؟
- عندما تتكلم، هل تعرف أحيانا موضوع الحديث الذي تريد الكلام فيه ولكنك

في منتصف كلامك تنسى ما كنت تريد قوله؟ هل تحاول تغطية ذلك عن طريق استعمالك عبارات مثل "آه، لقد نسيت" أو "ليس كلاما مهما؟"

■ **اللغة**

- عندما يتكلم المدرس في الفصل، هل تجد صعوبة في فهم ومتابعة ما يقوله؟
- هل تسيء أحيانا فهم الناس، وتعطي بالتالي أجوبة غير صحيحة؟
- هل تجد نفسك مضطرا للتركيز بشكل كبير على ما يقوله لك الناس لدرجة أنك تتخلف أحيانا عن اللحاق بكل ما يقولونه وتضطر الى تجاوز بعض كلامهم بقصد اللحاق بما يقولونه الان ومتابعته؟ هل يؤدي هذا الامر أحيانا الى شعورك بالضياع في الفصل؟
- هل تجد صعوبة أحيانا في تنظيم أفكارك عندما تتحدث؟ هل تواجهك مشكلة العثور على الكلمة التي تريد قولها؟

وعندما أوجه هذه الاسئلة للأطفال والمراهقين كثيرا ما ينظرون الي بدهشة ويسألون ان كنت أستطيع قراءة أفكارهم. إذ كيف استطعت معرفة الكثير عن مشكلاتهم؟ وأحيانا لا يستطيعون فهم مشكلاتهم حتى يضطرون لشرحها لي.

وقد يلتقط الاكلينيكي أثناء جلسات التشخيص علامات أخرى للعجز عن التعلم. فقد يجد الطفل أو المراهق صعوبة في الاصغاء للاكلينيكي وفهم ما يقول أو في التعبير عما يريد قوله له بوضوح. وقد يجد الطفل صعوبة في أداء بعض الانشطة التي تتطلب الادراك البصري أو القيام ببعض الاعمال الحركية البصرية أو لعبة تتطلب القراءة والعد أو ملاحقة تتابع ما.

❖ العجز عن التعلم عجز حياتي ❖

لا يؤثر العجز عن التعلم في القراءة أو الكتابة أو الرياضيات فقط، بل يتعدى ذلك الى معظم الانشطة الرياضية ككرة السلة والكرة الطائرة والبيسبول وقفز الحبال، والملبس، والجلوس الى مائدة الطعام والحديث وغيرها. ويمكنك كأب أو أم أن توفر للاكلينيكي بعض علامات العجز عن التعلم خارج الفصل. وذلك باستخدام نموذج المدخلات ← التكامل ← الذاكرة ← المخرجات

عجز المدخلات:

يواجه الطفل أو المراهق الذي يعاني من عجز المدخلات مشكلات تتعلق بأداء بعض

الانشطة الرياضية التي تتطلب رمي الكرة مثلا أو مسكها أو ركلها بقدميه. لأن هذه الانشطة الحركية تتطلب قدرة بصرية تميز الشكل من الارضية لتحديد مكان الكرة، وقدرة على ادراك العمق لمتابعة الكرة، بالاضافة الى قدرة بصرية حركية لتحويل المعلومات المدخلة الى أوامر للجسم والذراعين للعمل في الوقت والمكان المناسبين.

والاطفال الذين يعانون من مشكلات في ادراك العمق قد يسقطون من كراسيهم، أو يرتطمون بالاشياء، أو يسيئون تقدير المسافة بينهم وبين أكواب الشراب الامر الذي يجعلهم يسكبون محتوياتها. وقد يرتبك البعض من وجودهم في أماكن فسيحة مفتوحة مثل الملاعب الرياضية أو الاسواق. وقد يكون بعض الاطفال الذين يعانون من هذه المشكلة اضطراب القلق أو اضطراب الخوف من الاماكن المفتوحة.

والافراد الذين لديهم مشكلة في الادراك السمعي قد يسيئون فهم ما يسمعونه من الكبار أو الاقران مما يؤدي الى قيامهم باستجابات خاطئة. وقد يجد البعض صعوبة في تحديد أي الاصوات يجب الاستماع اليها. وقد لا يسمعون ما يقوله آباؤهم أو أصدقاؤهم لأنهم كانوا مشغولين بسماع صوت واحد ولم يعرفوا أن صوتا آخر قد بدأ. وقد يعاني البعض من تأخر في معالجة الحديث. وقد يبدون غير منتبهين أو محملقين في الفضاء.

ومازالت معلوماتنا قليلة عن المدخلات الحسية. فقد يكون بعض الرضع أو الاطفال حساسين أو دفاعيين عند لمس أجسامهم أو يؤدي اللمس الى ارتباكهم وعدم شعورهم بالراحة. وقد يشتكي البعض من ضيق شديد في الملابس أو أن بعض أنواع الاقمشة غير مريح. وقد يعاني بعضهم من حساسية مفرطة في الشم، ويشتكون من أن رائحة بعض الامكنة أو الاشياء المعينة "مضحكة". كما أن البعض الاخر قد يعاني من حساسية مفرطة في التذوق.

وما زالت معلوماتنا محدودة عن مشكلات الادراك أثناء مرحلة الرضاعة. واذا كان لدى بعض الاطفال الصغار هذه الانواع من العجز، هل من الممكن أنها كانت موجودة عند الميلاد؟ وكيف يمكن للرضع أن يظهروا تأثير سوء فهمهم للأصوات المختلفة، أو سوء إدراكهم لما يرون أو يشمون أو يلمسون؟ هل يمكن أن تكون هذه الصعوبات تفسيرا جزئيا للشكوى المتكررة من أن الطفل يواجه صعوبة في الاكل، أو النوم، أو التهدئة في أسابيعه المبكرة.

عجز التكامل:

قد يخلط الاطفال والمراهقون الذين يعانون من مشكلات في التتابع بين خطوات

لعبة ما فقد يبدأون الخطوة الاولى وينتقلون منها الى الخطوة الثالثة بدلا من الخطوة الثانية. وقد يجد الاطفال الصغار صعوبة في ارتداء ملابسهم، فقد يرتدون الملابس الخارجية قبل الملابس الداخلية. وقد يواجه بعض الاطفال صعوبة في اتباع التعليمات أو تسوية فراشهم، أو بناء النماذج، أو إعداد مائدة الطعام بشكل سليم.

ونظرا لأن كثيرا من النكات يعتمد على تحويل خفي لمعنى الكلمات أو العبارات، فإن الافراد الذين لديهم صعوبات في عملية التجريد كثيرا ما يغفلون عن معنى النكات ولا يستطيعون مجاراة أقرانهم. كما قد يجدون صعوبة في فهم بعض التعبيرات العامية. وقد يبدو بعضهم كثير الشك لأنهم يسيئون تفسير الكلمات أو الافعال أو يفسرونها تفسيرا محسوسا. وقد تتضح مشكلات التنظيم عندهم في أنهم لا يستطيعون تنظيم غرفهم أو كراساتهم أو عدم قدرتهم على تنظيم وقتهم أو القيام ببعض الانشطة. وقد يشتكي الاباء والاصدقاء من أن هؤلاء الاشخاص لا يستطيعون التحكم في أفعالهم.

عجز الذاكرة:

قد يلتقي الاطفال أو المراهقون الذين يعانون من عجز الذاكرة بشخص يعرفونه من مدة طويلة ولكنهم لا يتذكرون اسمه. وقد يطلب الوالد من طفله أن يذهب الى الكراج لاحضار المطرقة، وبعض المسامير، ومسطرة، ولكن الطفل يعود بالمطرقة فقط. ويذكر آباء الاطفال الذين يعانون من عجز الذاكرة أنهم لا يستطيعون تنفيذ أكثر من أمر واحد في المرة الواحدة. ويحبط هؤلاء الاطفال آباءهم وأصدقاءهم لأنهم يتوقفون في منتصف حديثهم ويقولون: "اوه، لقد نسيت".

عجز المخرجات:

إن عدم القدرة على الكتابة بسرعة وبشكل مقروء أو تهجئة الكلمات يجعل من الصعب عليهم ممارسة أو القيام بالانشطة، أو تسجيل رسائل هاتفية، أو كتابة مذكرة لصديق. إذ يهزأ زملاؤهم من أخطائهم، أو يتهمونهم بأنهم غير أذكياء. كما ان صعوبات التآزر الحركي تسبب مشكلات عند عقد الازرار، أو إغلاق السحاب، أو تقطيع الطعام، أو ممارسة الرياضة. ونظرا لأن ممارسة الرياضة بنجاح عامل أساسي في تقبل الاقران في الطفولة، فإن الصعوبات التي يواجهها الطفل في التآزر الحركي قد تصبح عائقا رئيسيا في تكوين العلاقات الاجتماعية.

وتؤدي المشكلات في التعبير اللغوي الى صعوبة في التفاهم مع الاقران، والاشقاء، والكبار. فالاطفال الذين يعانون من هذه الصعوبات يواجهون صعوبة في الاحاديث

الصغيرة أو في التفاعل مع محدثهم. وكثيرا ما يشعرون بالخجل ويتجنبون الكلام أو البقاء في صحبة الناس خوفا من أنهم سوف يخطئون، ويبدون مغفلين أمامهم.

❖ وضع تشخيص للعجز عن التعلم ❖

اذا كنت تشك في أن طفلك لديه عجز عن التعلم ، ناقش مخاوفك مع مدرس الفصل أو الناظر. ولكل نظام مدرسي عملية مختلفة لطلب تقويم رسمي للعجز عن التعلم.

وقد تناقش مخاوفك أيضا مع طبيب الاسرة. واذا كان التشخيص يقوم على تقويم طبي، ويشمل التاريخ الاسري أو المدرسي أو كليهما، وكذلك البيانات المستقاة من الملاحظة أو الدراسة الاكلينيكية، ووصل طبيب الاسرة الى قناعة بوجود عجز عن التعلم، يمكنه أن يساعدك في إقناع النظام المدرسي بعمل الدراسات الضرورية أو قد يحولك الى مصدر خاص.

ويتأكد تشخيص العجز عن التعلم عن طريق اختبارات نفسية منطقية واختبارات تربوية. ويمكن أن يجري هذه الاختبارات شخص واحد أو فريق تشخيصي. والتقويم "النفسي التربوي" يوجه نحو ثلاثة مجالات:

١) قدرة الطفل العقلية، وأسلوبه المعرفي،

٢) مستوى أداء الطفل الاكاديمي،

٣) وجود أدلة على عجز عن التعلم .

وقد يتكون التقييم النفسي من تقويم نفسي عصبي أو نفسي اكلينيكي. ويمكن ان تساعد نتائج اختبارات الذكاء في تحديد ما اذا كان هناك تباين بين قدرة الطفل وأدائه الفعلي في الناحية اللفظية، أو بين درجات كل اختبار والآخر وذلك بالنسبة للاختبارات العقلية الرسمية. وتقوم بعض الاختبارات النفسية الاخرى بتقييم القدرات الادراكية، والمعرفية، واللغوية. ويقيس المشخص التربوي أو النفساني مستوى أداء الطفل الحالي في المهارات الاكاديمية باستخدام الاختبارات التحصيلية المقننة. واذا تبين من نتائج هذه الدراسات العامة وجود عجز عن التعلم لدى الطفل، سوف تجرى عليه تقويم أكثر باستخدام اختبارات أكثر تحديدا، مثل بطارية اختبارات وودكوك جونسون التربوية النفسية.

واذا كان لدى الطفل عجز في المجالات الحركية، يمكن أن يقوم مختص مهني

بدراسات أكثر. وبالنسبة للعجز اللغوي، يمكن أن يقوم معالج اللغة والكلام بتقييم الطفل بتفصيل أكثر. ويمكن أن ينضم لفريق التشخيص مختصون آخرون اذا أشارت الدراسات الاولية بوجود مجالات عجز أخرى (مثل النواحي السمعية أو العصبية).

وسوف تبين نتائج هذا التقويم وجود أو عدم وجود عجز عن التعلم. واذا كان هناك عجز عن التعلم فإن النتائج سوف توضح جوانب العجز الخاصة، كما تحدد جوانب القوة في قدرة التعلم. وقد تشير البيانات التي نحصل عليها من الملاحظة، بالاضافة الى نتائج الاختبارات الى وجود نشاط مفرط، أو شرود، أو اندفاعية.

❖ علاج العجز عن التعلم ❖

الاسلوب العلاجي المفضل للعجز عن التعلم في المدرسة هو التربية الخاصة. ويقوم المختصون في هذا المجال بمساعدة الطفل على التغلب على نواحي عجزه والتعويض عن جوانب العجز التي لا يمكن التغلب عليها. ويدرس الطفل استراتيجيات التعلم بناء على مجالات القوة والضعف لديه. ويجب أن يتعلم مدرس الطفل أن يؤكد على جوانب القوة لدى الطفل في الفصل مع مساعدته في نفس الوقت على التلائم مع نواحي ضعفه.

والعلاج المفضل للعجز عن التعلم خارج المدرسة هو تعليم الوالدين والطفل. إذ يجب تعليمهم ان يبنوا على نواحي القوة مع فهم نواحي الضعف والتأقلم أو التلاؤم معها. ويجب أن يستخدموا ما يتعلمون من معلومات لاختيار المهام، أو الانشطة أو الرياضة، أو المعسكرات التي يزداد احتمال نجاحهم فيها.

وكتابي الآخر الطفل المساء فهمه: مرشد لآباء الاطفال العاجزين عن التعلم، يفصل هذه المفاهيم (انظر ملحق أ). وقد كتب هذا الكتاب للآباء ويناقش كيف يمكنهم تعزيز نواحي القوة في أبنائهم وبناتهم بدلا من تضخيم نواحي ضعفهم وذلك أثناء محاولتهم مساعدة الطفل والاسرة.

❖ تلخيص ❖

العجز عن التعلم واضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط اضطرابان مرتبطان ولكنهما مختلفان. والطفل الذي لا يستطيع الجلوس في هدوء أو الذي يبدو مشتتا لا يستطيع الاستمرار في عمل يواجه صعوبة في التعلم. ومن المهم التمييز بين ما اذا كان لدى الطفل اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط أو عجزا عن التعلم، أو كلاهما.

ومن الاهمية بمكان لك كوالد أن تشك في وجود عجز عن التعلم اذا كان لدى ابنك أو ابنتك مشكلات مدرسية واكاديمية وسلوكية. والطفل الذي لديه صعوبات في التعلم فقط يمكن تحويله الى التقويم النفسي التربوي. أما الطفل ذو المشكلات السلوكية أو الانفعالية فيمكن تحويله الى طبيب الاسرة، أو طبيب الاطفال، أو الطبيب النفسي للاطفال والمراهقين، أو أي مختص آخر في الصحة النفسية. ويجب أن يضع كل مختص في احتماله وجود اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط بالاضافة الى العجز عن التعلم. واذا كان هناك مشكلات انفعالية أو سلوكية، يجب أن يحدد الاكلينيكي ما اذا كانت هذه المشكلات هي السبب في صعوبات التعلم أم نتيجة له.

والتدخل العلاجي يكون قائما على مبيان تشخيص الطفل. وعلاج العجز عن التعلم لا يعالج اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط، كما ان علاج قصور الانتباه مفرط النشاط لن يفيد في علاج العجز عن التعلم. كما أن التركيز الاولي على المشكلات الانفعالية أوالسلوكية دون محاولة التعرف على الاسباب الكامنة وراء هذه المشكلات لن يكون ناجحا أبدا.

الفصل الخامس

النمو النفسي والاجتماعي العادي

لعل من المفيد للوالدين، قبل البحث في موضوع المشكلات الانفعالية والاجتماعية عند الاطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط، أن تكون لديهما فكرة عن النمو النفسي والاجتماعي العادي للطفل ونشوء المشكلات الاجتماعية لاحقا. إذ من خلال هذه المعلومات والمراجع المعنية يستطيعان فهم الصعوبات التي قد يعيشها ويختبرها طفلهما.

اتصلت بي احدى الامهات منذ فترة قصيرة تشكو أن طفلها "لا يتركها أبدا ويتشبث بها، يبكي اذا حاولت تركه أو الابتعاد عنه. واذا تركته وحده مع أشخاص آخرين يبدأ بنوبة صراخ وبكاء غاضبة" وتساءلت الأم ما الذي بمقدورها فعله!. والحقيقة لم أستطع اعطاءها أية نصيحة قبل معرفة عمر ولدها. فاذا كان عمره سنة واحدة فهذا أمر طبيعي جدا، واذا كان عمره سنتين فقد يعتريني القلق قليلا، واذا كان عمره أربع أو ثماني سنوات فسوف أقلق قلقا كبيرا. أما اذا كان عمره خمس عشرة سنة فانني سأطلق فورا جرس الانذار والتأهب لحالة ليست طبيعية أبدا. فالسلوك "العادي" له علاقة وثيقة بعمر الطفل وطور نموه في ذلك العمر.

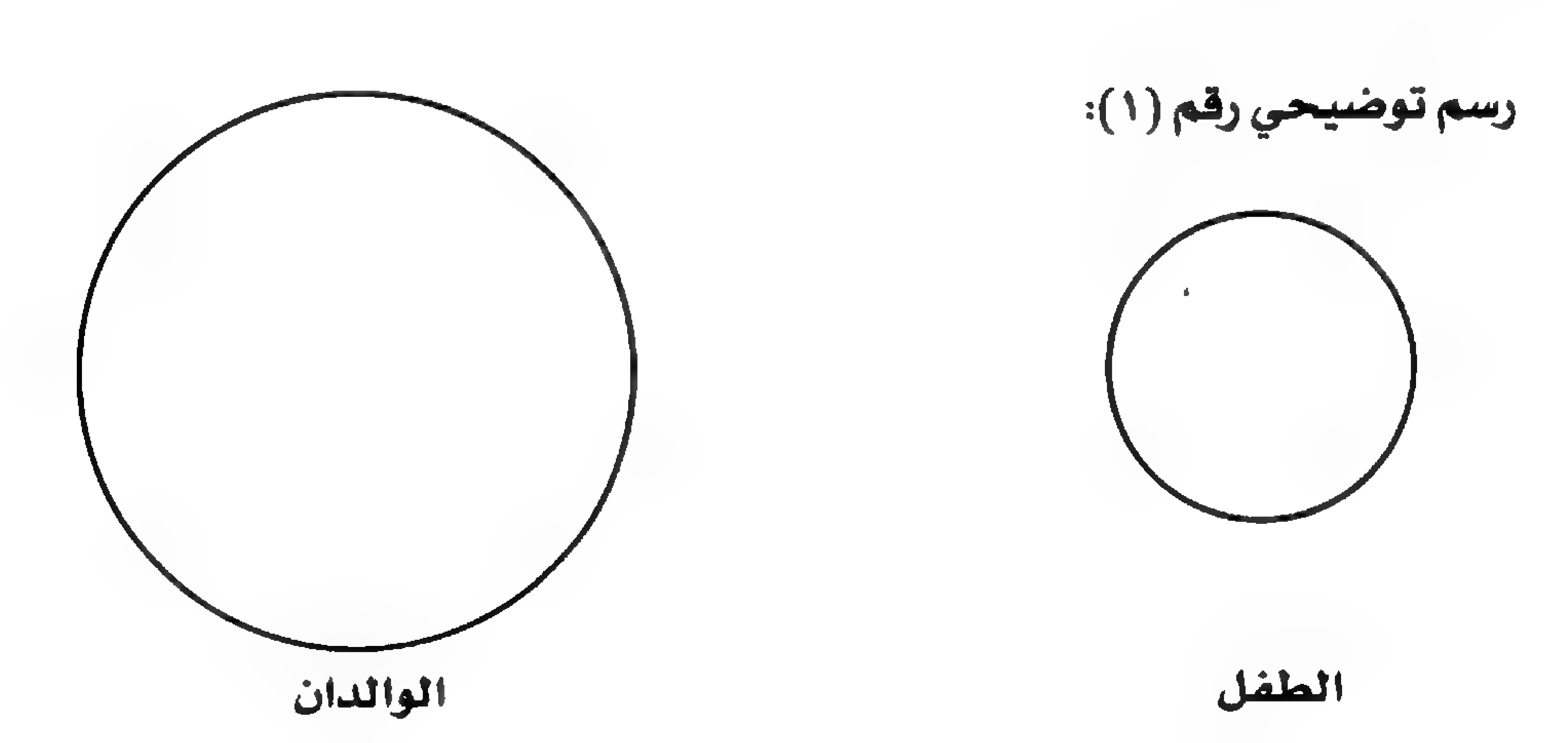
يمر الاطفال جميعهم خلال نموهم النفسي والاجتماعي بمراحل وأطوار، ومعظم أولئك الاطفال يواجهون صعوبات طفيفة أثناء مرورهم بتلك المراحل. وقد يعانون أحيانا من حالات اجهاد أو يتعرضون لضغوطات نفسية معينة كوجودهم في المستشفى أو محاولة التلائم والتعايش مع أخ أو أخت رزقت بأحدهما العائلة حديثا أو اثناء محاولة التغلب على آثار طلاق والديهم، ولكنهم سرعان ما يتماسكون مجددا بعد زوال هذه الاسباب، ويعودون الى سابق طبيعتهم وحالهم لمتابعة مسيرة حياتهم بالشكل المألوف والعادي. الجدير بالذكر ان معظم حالات نمو الانسان النفسي والاجتماعي مرتبط لا بل متداخل بمراحل واطوار النمو الجسدي. فمع نمو ونضوج الدماغ والجسد، يبدأ الطفل بتطوير قدرات يستطيع بواسطتها التغلب أو التعامل مع المشكلات التي قد تعترضه، الا ان هذا النمو أو النضوج يخلقان مشكلات أيضا.

وفي حين نرى معظم الاطفال يمرون في تلك الاطوار والمراحل دون اية مشكلات تذكر، نرى بعضهم يعاني من مشكلات خطيرة. والامر ينسحب أيضا على بعض تلك المراحل ان كان بالنسبة لأسر الاطفال أو للاطفال نفسهم، فبعضهم يجد مراحل معينة من مسيرة ذلك النمو أكثر صعوبة من غيرها.

❖ النمو العادي للطفل ❖

يعمل الطفل الوليد في بداية حياته، ككائن فسيولوجي فقط، اي يتلقى دماغه ايعازات من جسده يأخذها ثم يعيدها اليه بايعازات اخرى تتطلب استجابة وردا ما. وفي الاسابيع أو الشهور الاولى من حياته يبدأ الطفل بادراك وتحسس وجود أشخاص مميزين له ويحتلون خصوصية معينة، كأن يميز مثلا صوت امه أو والده، أو شكلهما أو رائحتهما. ومع بداية مسيرة انتماء الطفل لعالمه ومحيطه من حوله، يبقى ادراكه وتقديره للفروق بين جسده وبين ما هو حوله في محيطه غير موجود، فالطفل في هذه المرحلة أيضا يفتقد الاحساس بوجود حدود ما أو كيانات مختلفة بعضها عن بعض، فالحيوانات عنده والبشر والطعام والاثاث والالعاب، كلها أشياء تدرك بالحواس ولا فرق بينها. أي كل ما يراه الطفل لا مدى له ولا يتعدى كونه شكلا من الاشكال (أنظر الرسم التوضيحي رقم ١).

رسم توضيحي رقم (١):



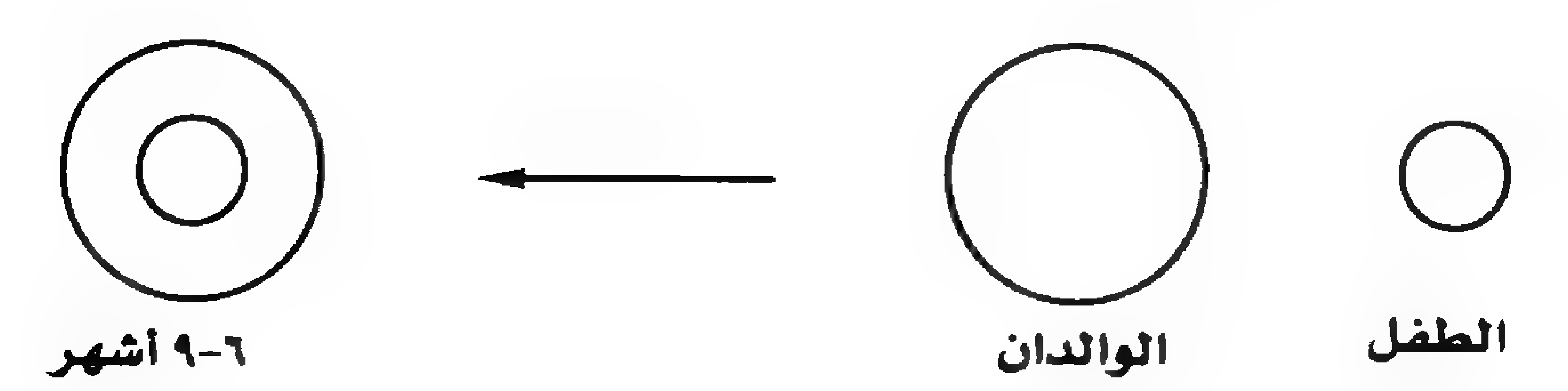
الشعور بالامان:

ورويدا رويدا يبدأ الطفل باكتشاف مدى الاشياء وحدودها وملامحها. يكتشف يديه وقدميه وأصابعه، ويكتشف ان هذه الاعضاء جزء من جسم واحد هو الجسم الذي سوف يختبره لاحقا. ومع مرور الشهور الثلاثة الاولى يصبح بمقدور الطفل تمييز بعض الاجزاء في عالمه الخارجي، ويبدأ بالتالي باكتشاف انها جزء من ذلك "الشيء" الذي لم يكن يميز فيه جزءا عن الآخر. وفي تلك المرحلة تتراءى لنا أول "ابتسامة اجتماعية". حيث ينظر الطفل الى ناحية معينة من وجوهنا ويبتسم. وتعتبر هذه الابتسامة نقطة تحول وتطورا مهما للدلالة على نمو الطفل النفسي العادي.

ومع بلوغ الشهر التاسع يتم معظم الاطفال مراحل ادراك اين يبدأ العالم من حولهم ومن أين ينطلقون. ويكتشفون بأن هناك العديد من البشر من حولهم ولكل واحد خصوصية معينة ويشرعون ببناء علاقات وتجارب ممتعة معهم، ويكتشفون أيضا أن بعضهم مهم جدا لهم، لا بل في الحقيقة وجودهم ضروري جدا وأساسي. ومن هنا يبدأ الطفل بوضع ثقته في اولئك الاشخاص الذين يعتبرهم "مفاتيح مهمة لأبواب حياته" ويصبح بالتالي معتمدا عليهم اعتمادا كليا.

ومع تولد هذا الاحساس بالامان والثقة، يكون الطفل قد تمكن من أول خطوة رئيسية في نموه النفسي. الا انه مع بلوغه هذه المرحلة وممارسته لهذه الخطوة المهمة في نموه النفسي، يبدأ بالاحساس بالخوف من الغرباء أو من تركه وحيدا. فقبل هذه المرحلة، اي شخص كان يستطيع حمله والفوز بابتسامة، اما اذا حاول الآن أحد الاشخاص الذين لا يعرفهم أو غير المألوفين بالنسبة له، القيام بذلك لشرع بالبكاء. وهذا الخوف، الذي غالبا ما يظهر في الشهر التاسع من عمر الطفل، هو الآخر نقطة تحول مهمة في النمو النفسي العادل للطفل، حيث يصبح الطفل معتمدا اعتمادا كليا على والديه (انظر الرسم التوضيحي رقم ٢).

رسم توضيحي رقم (٢):



الشعور بالاستقلالية (الانفصال):

يحتل موضوع استقلال الطفل عن والديه الخطوة التالية التي تعقب مرحلة تعلقه بهما واعتماده عليهما ذلك الاعتماد الكلي. فعلى الطفل ادراك انه باستطاعته البقاء حيا اذا انفصل عن اولئك الاشخاص المهمين والمميزين، وان عليه ان يتعلم كيف يفعل ذلك.

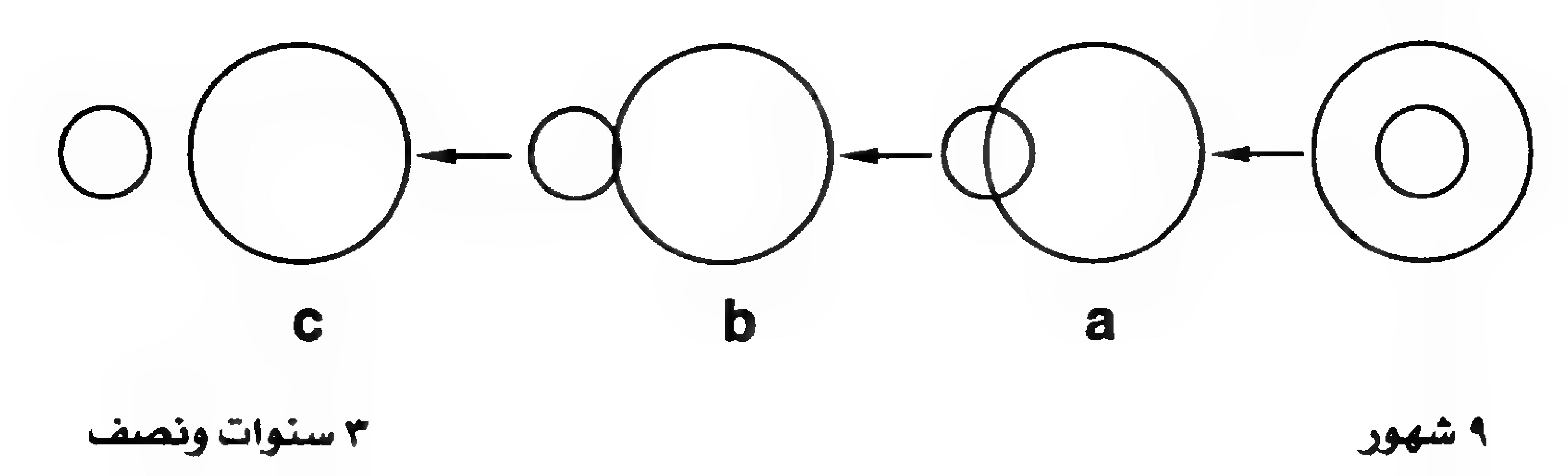
وتشمل مرحلة تمكن الطفل من هذا الانفصال عدة خطوات، تبدأ عادة من الشهر التاسع الى السنة الاولى من عمر الطفل وتنتهي عادة مع بلوغ الطفل السنة الثالثة أو الثالثة والنصف من عمره والتي تشهد اتمام الانفصال وتكوين استقلالية ذاتية له (انظر الرسم التوضيحي رقم ٣).

وأخيرا (انظر A في الرسم التوضيحي رقم ٣)، لا بد أن يحافظ على نوع معين من التواصل الحسي بين الطفل ووالديه أو الاشخاص الذي يحتلون موقعا مهما ومميزا في حياته. مثلا، يعتبر التواصل السمعي المتمثل بسكوته عن البكاء مجرد ان يسمع أصوات خطوات والديه في البيت كافيا. وعندما يحبو وراء قطعة من أثاث البيت تحجبه عن رؤية والديه، ويسكت عندما يقترب أحدهما منه ويراه، هذا الوصل البصري يعتبر كافيا أيضا. وحتى عندما يبكي الطفل ليلا ويأتي والده أو أمه ليعانقاه يكف عن البكاء حتى ولو لم يراهما فالوصل يخلق عن طريق حاسة الشم أو اللمس أو سماع اصواتهما، وهذا كافيا أيضا فكل هذا يؤكد له ان العلاقة الوثيقة الحميمة بينه وبين أولئك الاشخاص لم تنقطع.

ومع بلوغه الشهر الثامن عشر أو السنتين من عمره، يبدأ الطفل بالتعلم شيئا فشيئا كيفية الانفصال لفترة أطول فأطول. (أنظر B في الرسم التوضيحي رقم ٣). ومع تمكن الطفل أو المراهق من القيام بذلك، تبقى حاجته الى وصل ما مع والديه ضرورية كزاد له وشحنة تعينه وتساعده كثيرا في حياته، كقبلة بين الحين والاخر أو عناق أو أخذ قطعة حلوى منهما وغير ذلك، وهو بعد ان يفعل ذلك تراه ينطلق مرة أخرى لممارسة استقلاليته وانفصاله.

بعض الاطفال يجدون ان أخذ بعض ما يذكرهم بوالديهم ضروريا جدا لتخفيف معاناة الانفصال والابتعاد عنهما. ويقوم الاطفال عادة باختيار الاشياء المفضلة عندهم والتي تتميز برائحة جميلة خاصة أو بشكل أو ملمس أو منظر مريح لهم ومرتبط بذكريات جميلة مع والديهم. وغالبا تسمى هذه الاشياء "بطانية الامان" "Security Blankets" أو "الاشياء العرضية" "Transitional Objects".

رسم توضيحي رقم (٣):



ومع بلوغ الطفل الثالثة أو الثالثة والنصف من عمره يستطيع الانفصال عن والديه دون أية اضطرابات (انظر C من الرسم التوضيحي رقم ٣). وهذه المقدرة على الانفصال والتغلب على منغصاته تعتبر هي الاخرى نقطة تحول وتطورا مهما في نمو الطفل النفسي.

وتشهد هذه المرحلة حدثين في حياة الطفل، الاول ذو بواعث داخلية، أما الثاني فتسببه عوامل خارجية. وكل واحد يساعد الطفل على التغلب والتخلص من الاعتماد على الوالدين وتحقيق الانفصال عنهم وبناء الاستقلالية الذاتية له، ولكل واحد أيضا تأثير مهم على نمو شخصية الطفل.

الحدث الاول هو ظهور السلوك السلبي أو سلوك العناد (Negativism)، وهو يبدأ عادة في السنة الثانية من عمر الطفل، حيث يكون جوابه الدائم في هذا العمر "العسير" "لا" أو "أستطيع القيام بذلك بنفسي". وهو بذلك يكون قد شرع في الانفصال ويرغب في عرض مقدرته وتمتعه بعقله وتفكيره المستقلين. ورغم سخط الوالدين من هكذا سلوك الا ان هذه الخطوة الصحية في طريق الاستقلالية الذاتية والانفصال، مهمة جدا.

والحدث الثاني ذو الاسباب الخارجية، والذي يشهده الطفل في السنة الثانية من عمره، هو (التدريب على استعمال المرحاض)، وفيه يجب على الطفل أن يتعلم كيف يقبل ويتعامل مع متطلبات المحيط من حوله. وبذلك يواجه الطفل مهمتين جديدتين عليه القيام بهما والتعامل معهما بشكل كامل. أولا، يجب عليه تغيير فهمه للعالم من حوله في ناحيتين: الحب والعلاقات. فهو حتى هذا العمر يفهم العالم من حوله على انه وجد لاسعاده والاهتمام به. الحب والعناية متوفران دائما، ويفاجأ في هذه المرحلة أن الحب لم يعد في متناول اليد بلا مقابل. وعليه، اذا رغب في تحقيق حب الاخرين له،

أن يعمل شيئا ما مقابل ذلك. والعلاقات المفعمة بالحب والتي كانت طلباته ورغباته وحاجاته مركزها الاساسي والدائم، لم تعد هي الاخري هناك. عليه الآن ان يتعلم كيف يشارك في عملية الاخذ والعطاء، بدلا من الاخذ فقط. استخدام المرحاض يجلب حب أمه، انما التبول في سرواله سوف يقابل بعبوس وغضب وحتى بتوبيخ وتهديد بعدم محبته من قبل أمه. اي يجب عليه ان يفهم انه أحيانا كي يفوز بالحب عليه ان يقوم بتنفيذ ما يطلب منه. وكي يتمتع بالسعادة عليه ان يقوم بما يرضي. وهذا ما يدفع الطفل الى القيام بتغيير "جذري" في مفاهيمه تجاه العالم من حوله، بشرا وعلاقات.

وهذا التدريب الذي يمر به الطفل للتعامل مع العالم الخارجي يملي عليه المهمة الثانية التي يجب عليه القيام بها وتنفيذها، وتتمثل في ابتكار اساليب اخرى في تصرفه عند التعامل مع حالات شعوره بالغضب. إذ لأول مرة يصبح لديه سلاح فعال يستعمله لنيل ما يرغب. قبل ذلك كان تعبيره عن السخط والغضب يتمثل في نوبات بكائه الشديد، وقد كان بمقدور والديه تجاهل ذلك وغض النظر عنه. وقبل ذلك أيضا كان يعبر عن غضبه مباشرة وعلنا بواسطة الصراخ أو البكاء أو الرفس أو الضرب. أما الآن فقد أدرك أن أسلوبه في التعبير عن غضبه وسخطه يلعب دورا كبيرا في الفوز وضمان بقاء الحب والحنان اللذين يحتاجهما. ويفهم ان الثمن الذي يدفعه اذا أساء التقدير سيكون باهظا. ويتعلم بالتالي ان التعبير عن الغضب والسخط بطرق غير مباشرة، اي دون الضرب والصراخ، يكون أكثر نجاعة الى حد ما. فهو الآن عندما يغضب من والديه لأمر ما، يجثم أمامهما - وهو يفضل طبعا أن يكون هذا أمام حضور أشخاص آخرين غيرهما - ويبول في سرواله. وفي المقابل اذا شعر انه راض عن والديه فانه "يبول" في "النونية". وهكذا يتعلم الطفل أهمية التحكم والسيطرة على الغضب، وبشكل أدق، يتعلم "الخبث" والبراعة والغموض وغيرها مما يقود الى طرق عديدة مقبولة للتعبير عن سخطه وغضبه.

ويشهد الطفل في هذه العلاقة التبادلية الطبيعية بين أن يحب كي يفوز بالحب وأن يكون مرضيا كي ينال الرضا وان يتعلم كيفية التعامل مع حالات شعوره بالغضب، صراعا مع عناصر هذه العلاقة، ان كان كل على حده أو كليهما. وغالبا ما تكون هذه العلاقة متبادلة مرتبطة، فالطفل في هذه الحالة يستطيع بسهولة أن يكره ويحب شخصا واحدا في وقت واحد، أو يبدي اهتماما وكرها تجاه شخص واحد في وقت واحد أيضا.

الشعور بالشخصية:

ومع تمكن الطفل من المهمتين الاساسيتين في بداية تطوره: مقدرته على خلق علاقة الثقة والمحبة بينه وبين أشخاص مميزين (والديه) وتمكنه من التعامل مع عملية انفصاله عن والديه وانتهاء مرحلة الاتكال الكلي عليهما، يكون جاهزا لولوج المهمة الثالثة وهي تمكنه من تطوير شخصيته الخاصة. تشهد هذه المرحلة تساؤلات كثيرة يطرحها الطفل حول نفسه مع محاولات للاجابة عنها، من هذه الاسئلة مثلا "من أنا؟" إذ عندما يشعر الطفل أنه مخلوق مستقل يستطيع العيش دون الاتكال اتكالا تاما على الاشخاص المهمين في حياته يشرع في التساؤل عما يدور حوله وفي حياته محاولا التوصل الى تعريف لذاته. هذا الصراع والتساؤل يبدأ عادة بين السنة الثالثة والسادسة من عمر الاطفال.

وفي تلك المرحلة لا يكون الدماغ ناضجا ولا ترتكز غالبية افكاره على أسس واقعية منطقية. فالخيال يلعب دورا كبيرا في تفكيرهم وقناعاتهم وبذلك تبدو لهم ضروب الخيال وقائع ويتعاملون معها على الاساس الذي يرسمونه كما يريدون. وفي تلك المرحلة كثيرا ما يحمل الاطفال احاسيس ومعتقدات وقناعات متضاربة مختلفة في آن واحد دون معرفتهم بوجود ذلك التضارب. فالحب والكراهية، والرغبة في فعل شيء أو الرغبة في عدم فعله، الذهاب الى السينما أو في نزهة في وقت واحد، كل هذا يبدو لهم ممكنا ولا يستثنون شيئا من قابلية الحدوث ولا يرون اية مشكلة أو عقبة تعترض تفكيرهم في امكانية تحقيق كل الاحتمالات التي تخطر ببالهم وفي وقت واحد.

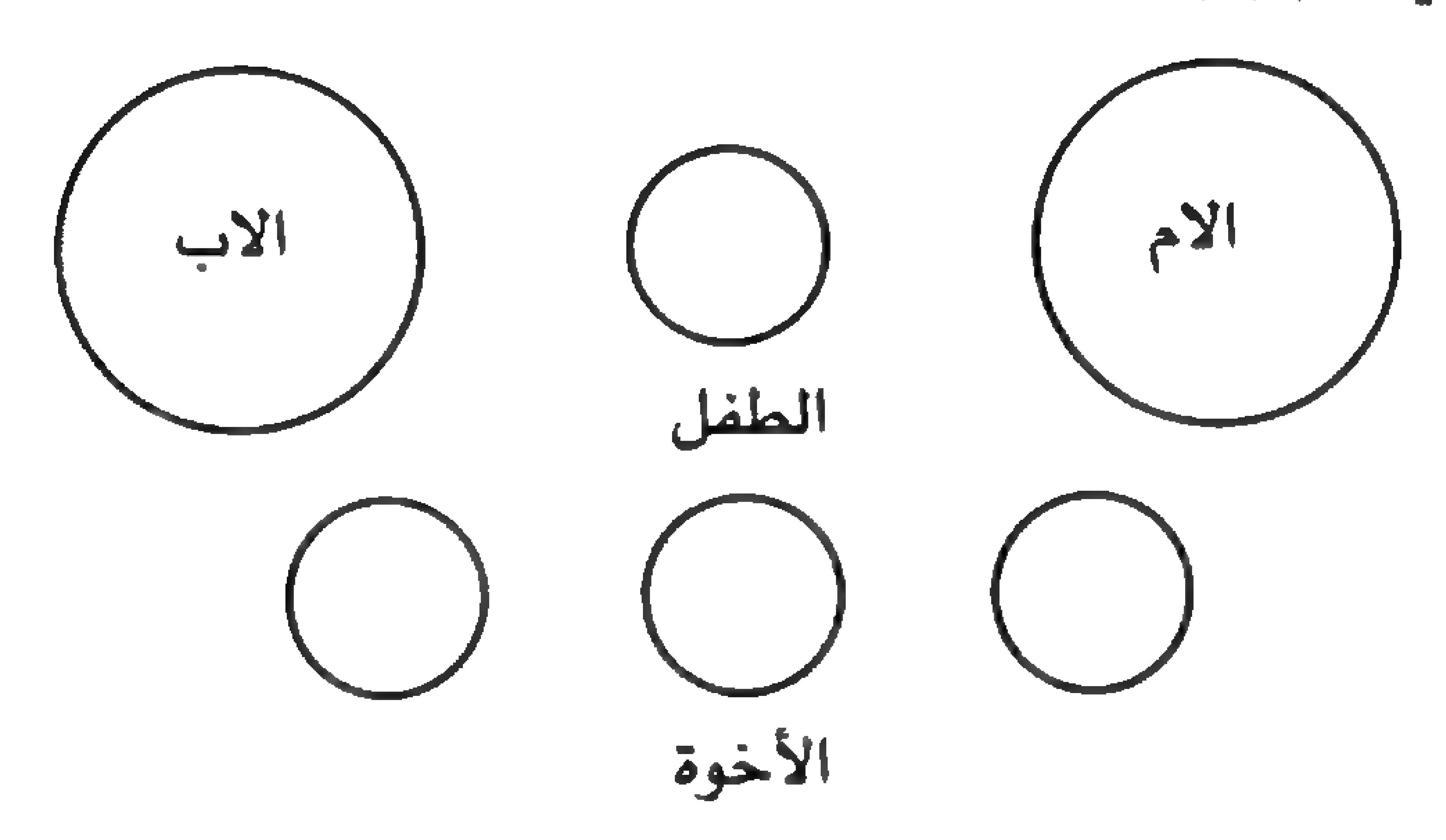
يحاول الاطفال في هذه المرحلة أيضا لعب كافة الادوار. فهم يلعبون دور "سوبرمان"، وكبار السن، وصغار السن، والعدوانيين، والمطيعين خانعين، نساءا، ورجالا. وهم يرسمون بيوتا من نسج خيالهم ويلعبون ادوار الاباء والامهات، والشيء نفسه ينطبق حينما يؤدون ادوار المدرسين والمدرسات والتلاميذ (حياة المدرسة) أو أدوار الاطباء وغيرها من الادوار والحالات المختلفة والمتنوعة. وبما ان على الاطفال في هذه المرحلة الانصياع الى اشخاص آخرين غير والديهم، فهم يشرعون بالتعلم منهم ومحاولة تقليدهم والقيام بما يقومون به. فهم مثلا عندما يمثلون أدوار المدرسة يتبادلون أدوار المدرس الذي يعطي التعليمات والتوجيهات والتلميذ الذي يطيع، وهم كذلك عندما يمثلون دور الطبيب يقومون بتبادل أدوار الطبيب والمريض.

من ناحية ثانية فالاطفال في هذه المرحلة عندما يريدون أن يلعبوا دور الاب أو الام، يقومون بمنافسة الآخر في هذه العلاقة. والتداخل مع معالم هويته ومسؤوليته، وعليهم

أيضا جذب انتباه احد الوالدين وكسبه الى جانبهم، الامر الذي يخلق تعارضا في آراء الوالدين حول التعامل معهم ويشكل بالتالي حالة من التوتر ان كان بينهما أو بين باقي أفراد العائلة. والاطفال في هذه المرحلة يتعلمون ويتقنون ببراعة كيفية زرع الشقاق بين الوالدين ليكسبوا أحدهما الى جانبهم ويبعدوا الاخر عنهم، ففيما تراهم اليوم يتقربون ويظهرون كامل الحب لواحد منهما تراهم في اليوم التالي ينقلبون عليه ويظهرون له العداء والسخط.

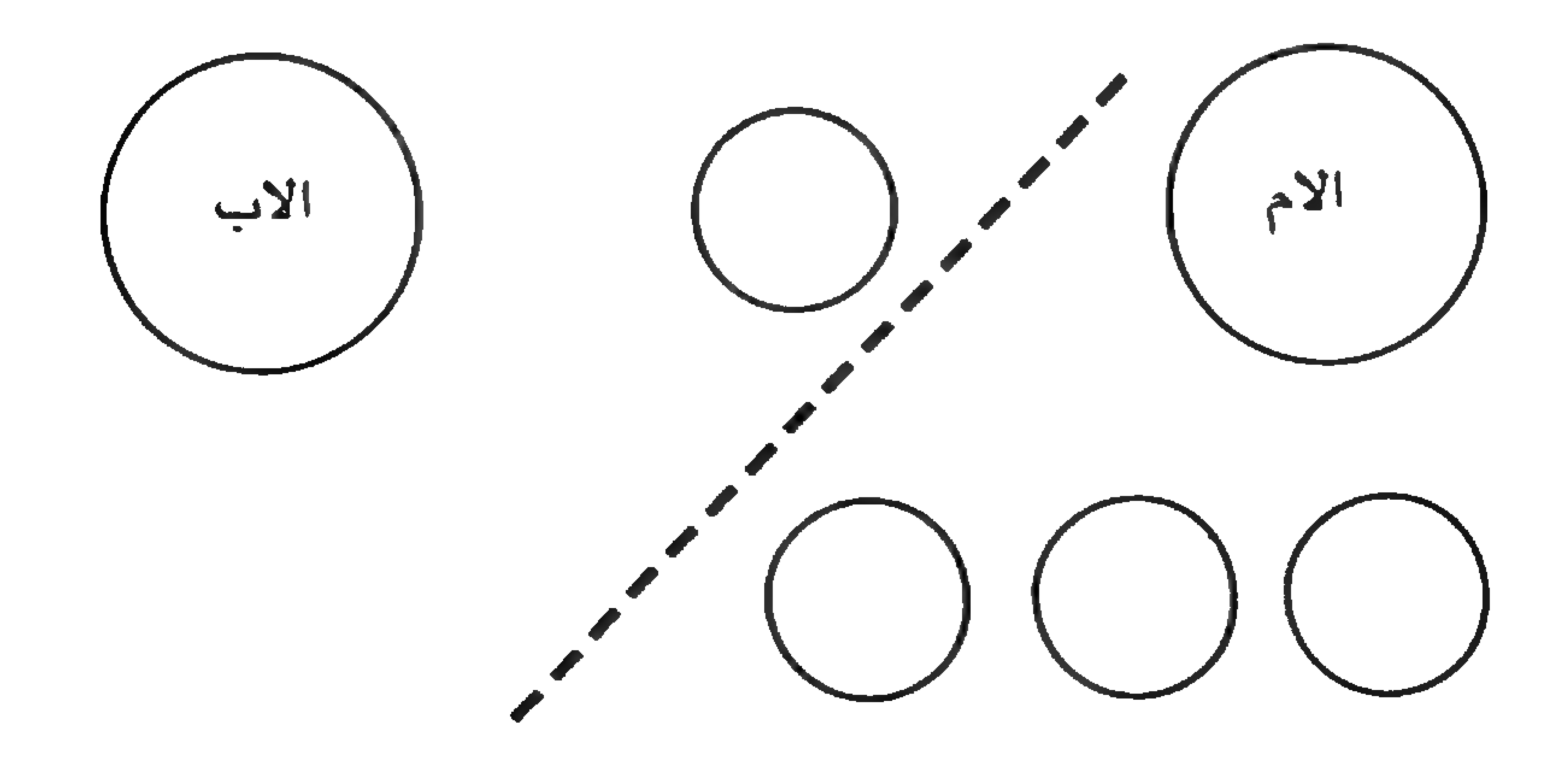
وتشمل الرسوم التوضيحية التالية رقم (٤ – ٥ – ٦ – ٧)، ولأول مرة، الام والاب وذلك من خلال علاقة الطفل بهما أثناء هذه المرحلة.

رسم توضيحي رقم (٤):



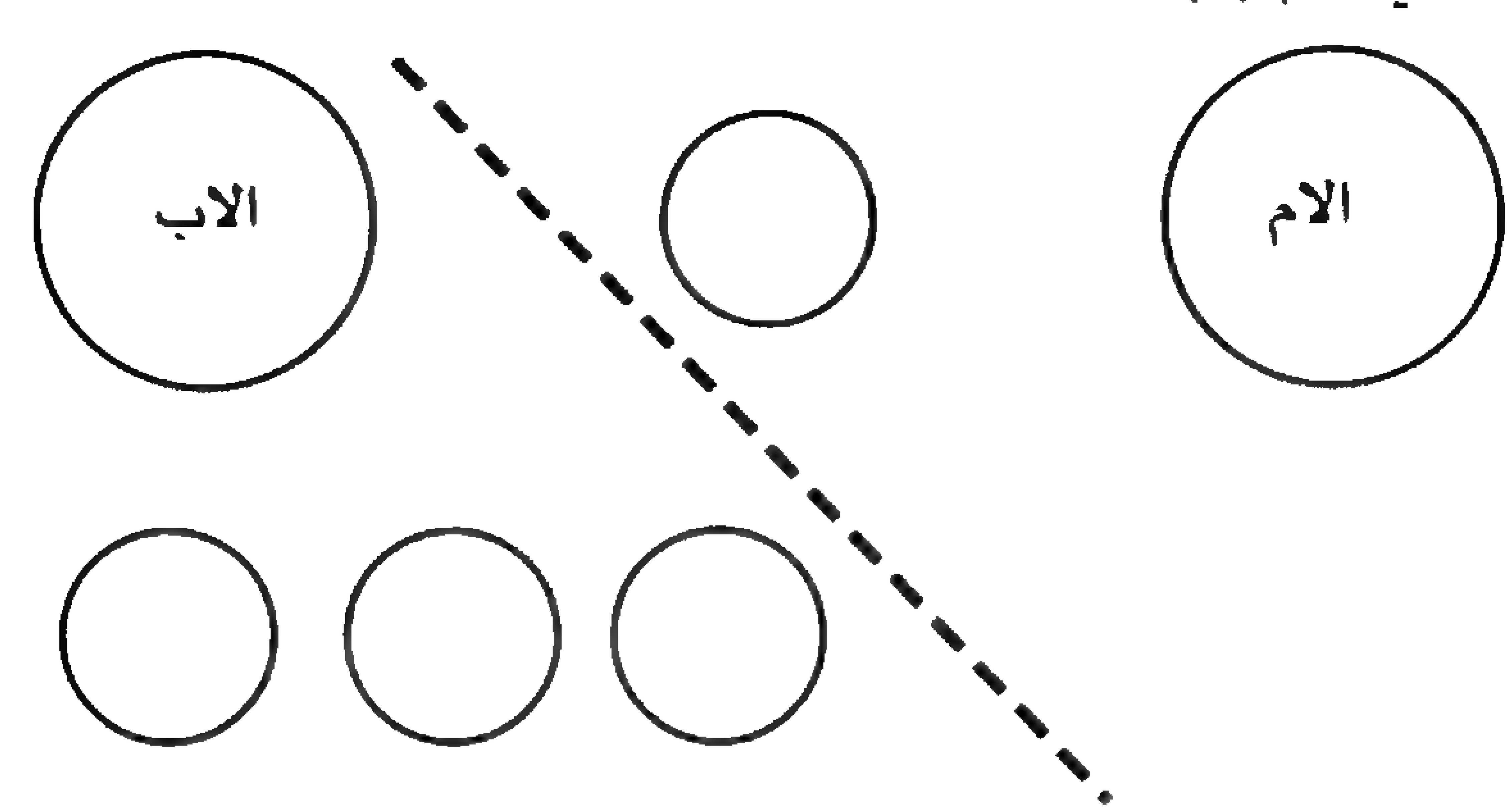
اذا أراد الطفل لعب دور الام، فانه يعمد الى دفع أمه أو أي فرد من العائلة يمكن أن يحاول منافسته على القيام بدورها، بعيدا (كما هو موضح في الرسم رقم ٥):

رسم توضيحي رقم (٥):



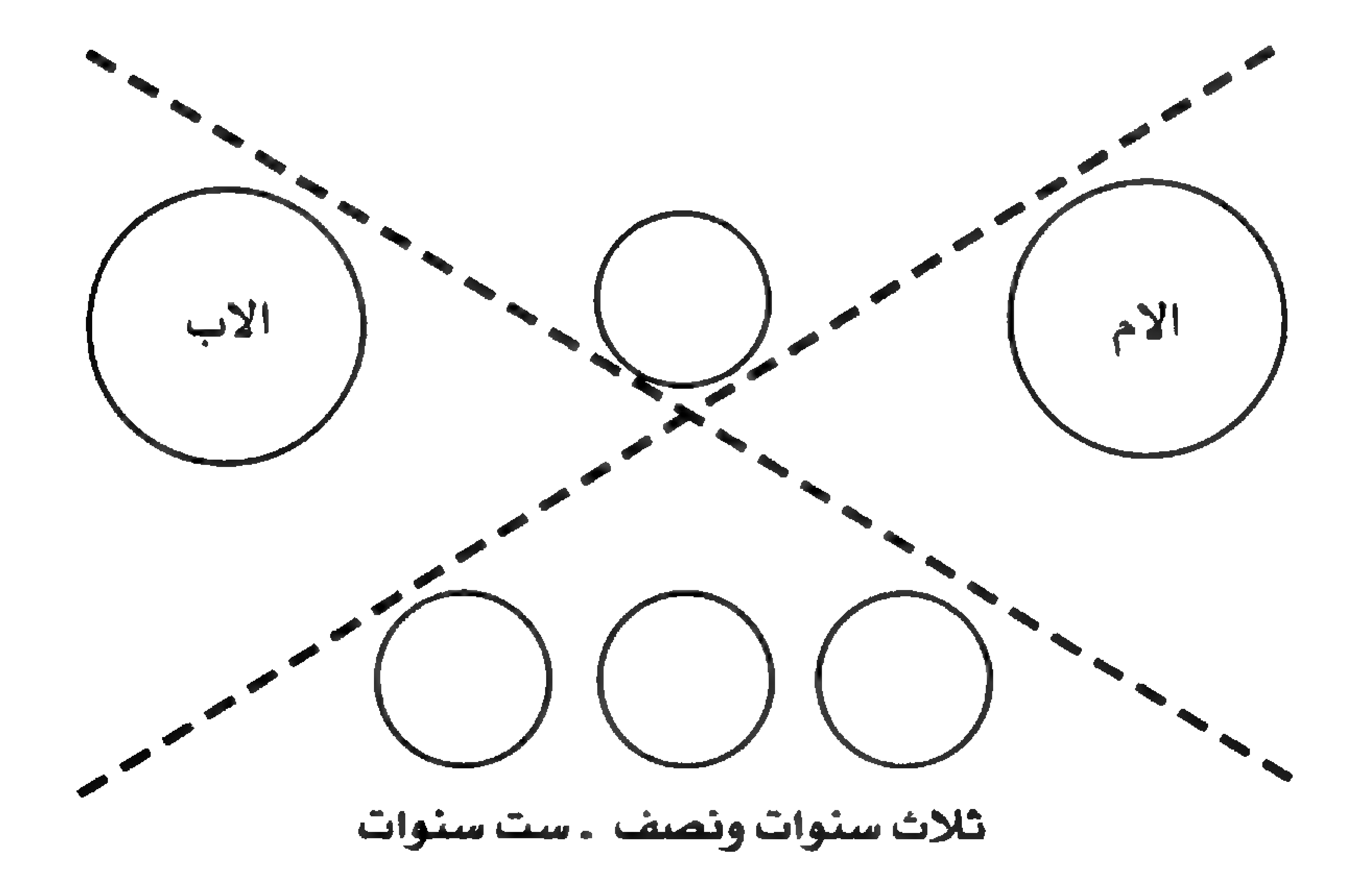
وإذا أراد لعب دور الاب، فانه يدفع الاب، وأيا من أفراد العائلة المحتمل قيامه بهذا الدور، بعيدا، كما هو موضح في الرسم (٦).

رسم توضيحي رقم (٦):



ولأن الحالتين تقعان بين الحين والآخر، فان الرسم الشامل لهما يبدو كالرسم التوضيحي رقم (٧).

رسم توضيحي رقم (٧):



ثلاث سنوات ونصف ـ ست سنوات

وغالبا ما يكون تفكير الاطفال في هذه المرحلة خياليا غير مستند على أسس واقعية، وتختلط عليهم الاحاسيس والافكار والاعمال. وأفكارهم، خاصة تلك المتعلقة بالغضب، تخيفهم وتكثر في تلك المرحلة الكوابيس أيضا. وهم في الوقت نفسه يخشون

من رد فعل الغير، وأهلهم أيضا، على أفكارهم ونواياهم، وهم بالتالي قلقون جدا ومهووسون بسلامة أجسادهم ولذلك فان أي قطع أو جرح بسيط تتعرض له أجسادهم يعتبر كارثة كبرى، ومن هنا أطلق على هذه المرحلة تعبير "سن الضمادات".

ويتمتع معظم الاهالي والاطفال معا بوقت جميل ورائع خلال هذه المرحلة والتي تكون عادة بين الرابعة والخامسة من عمر الطفل. فالطفل يكون مفعما بالحيوية مطلق العنان خياليا ويتمتع كثيرا بالعلاقات التبادلية بينه وبين الاخرين، ويحب اللعب كثيرا. الا انه بالاضافة الى ذلك فان بعض الاطفال قد يسببون ازعاجات وقلاقل بين الوالدين من جهة وبين باقي افراد العائلة من جهة ثانية. وقد يخشون النوم وحيدين خوفا من الكوابيس ويطلبون النوم مع والديهم. وكثيرا ما تجد نفسك راغبا في اعطائه لأقرب غريب بعد مضي دقيقة فقط على معانقتك له وتقبيله. كل هذا طبيعي في هذه المرحلة.

ومع بلوغ الطفل السادسة من عمره يبدأ معظم الاطفال بالعثور على الاجوبة التمهيدية لسؤالهم "من أنا؟" فالبنت الصغيرة سرعان ما تشعر انها يوما ما سوف تصبح مثل أمها، ولذلك تراها تتمتع بأداء هذا الدور مبكرا. تقلع عن فكرة ان تمتلك والدها كله لها لتعيش فكرة انها يوما ما سوف يكون لديها شخص مثله. والشيء نفسه تماما ينطبق على الولد حيث يقلع هو الاخر عن فكرة امتلاك امه له نفسه ويتأقلم مع فكرة انه يوما ما سوف تكون له امرأة مثلها. الجدير بالذكر ان الاطفال الذين يعيشون في بيت يفتقد احد الوالدين يعانون أكثر من غيرهم في تجاوز هذه المرحلة، ولو ان معظمهم يعيش بسلام.

وبين الثالثة والسادسة من عمره، يعيش الطفل صراعا لتأسيس معالم ومبادئ هويته الذاتية. ومن جهة ثانية فان الوالدين بدورهما يكونان على تواصل ومواظبة في تلقين الطفل السلوك الذي يناسب جنسه. فمثلا تراهما ينهران طفلهما الذكر عن اللعب بالدمى ويلقنانه بأن مثل تلك الالعاب وجدت للانثى وليس له، وعليه اللعب بمجسمات اخرى والعاب كالسيارات والشاحنات وغيرها، والامر نفسه طبعا ينطبق على الطفلة فيما لو أرادت اللعب بما يلائم الجنس الاخر. وكثيرا ما يقال للطفلة ان عليها ان تلعب بالدمى وتعمل في المطبخ. ويتم تعليمها انه لا بأس من التعبير عن شعور الغضب والحزن ولكن ليس بأسلوب الاصرار والعناد ولا بأسلوب عصبي حانق غاضب. أما الذكر فيتم تعليمه انه لا بأس من التعبير عن شعور ما بالغضب، ولكن ليس بالبكاء "لأن الكبير لا يبكي".

ومن حسن الحظ فان جهود الحركات النسائية الواعية والتي أخذت تبرز وتنهض، ساعدت كثيرا في توقف الكثير من العائلات عن اعطاء هذه التوجيهات في تحديد سلوك الطفل وفق جنسه، انطلاقا من القناعة بأنه يجب أن يعطى الطفل، بغض النظر عن جنسه، حرية اكتشاف وتعلم الكثير من الادوار والامور في طريق نموه ذكرا كان أم انثى. على الطفل ان يتعلم ان الذكورة والانوثة الصحيحة ليستا في الاختلاف في كيفية التعبير عن المشاعر بل في ما يكتسبه ويزود به نفسه من كفاءات ومعطيات وخبرات، ومن نوعية العلاقات التي يستطيع المرء المحافظة عليها. وأيضا من خلال الاحترام الذي يستطيع المرء بناءه تجاه نفسه وتجاه الاخرين.

وتشهد نهاية هذه المرحلة، اي مع بلوغ الطفل السادسة من عمره تقريبا، تغيرين مهمين في حياة الطفل:

الاول يتمثل في ان منظومة الجهاز العصبي تخطو خطوة جوهرية نحو الاكتمال والنضوج الامر الذي يساعد الطفل على تمييز ما هو واقعي وتبعده عن الخيال الذي كان يسيطر تقريبا على افكاره. ومن ناحية ثانية فان الافكار المتضاربة والمتناقضة لم تعد موجودة بالقوة نفسها التي كانت عليه سابقا، اذ يعي الطفل ان شعوره واحساسه بأمر ما لا يمكن ان يجمع بين ذلك الامر وبين نقيضه في الوقت نفسه وفي المقدار نفسه معا. بمعنى آخر تتضح لديه القناعة بأنه لا يمكن أن يكون أكثر من شخص في آن واحد ولا يمكن له ان يقوم بشيئين أو أكثر في آن واحد أيضا.

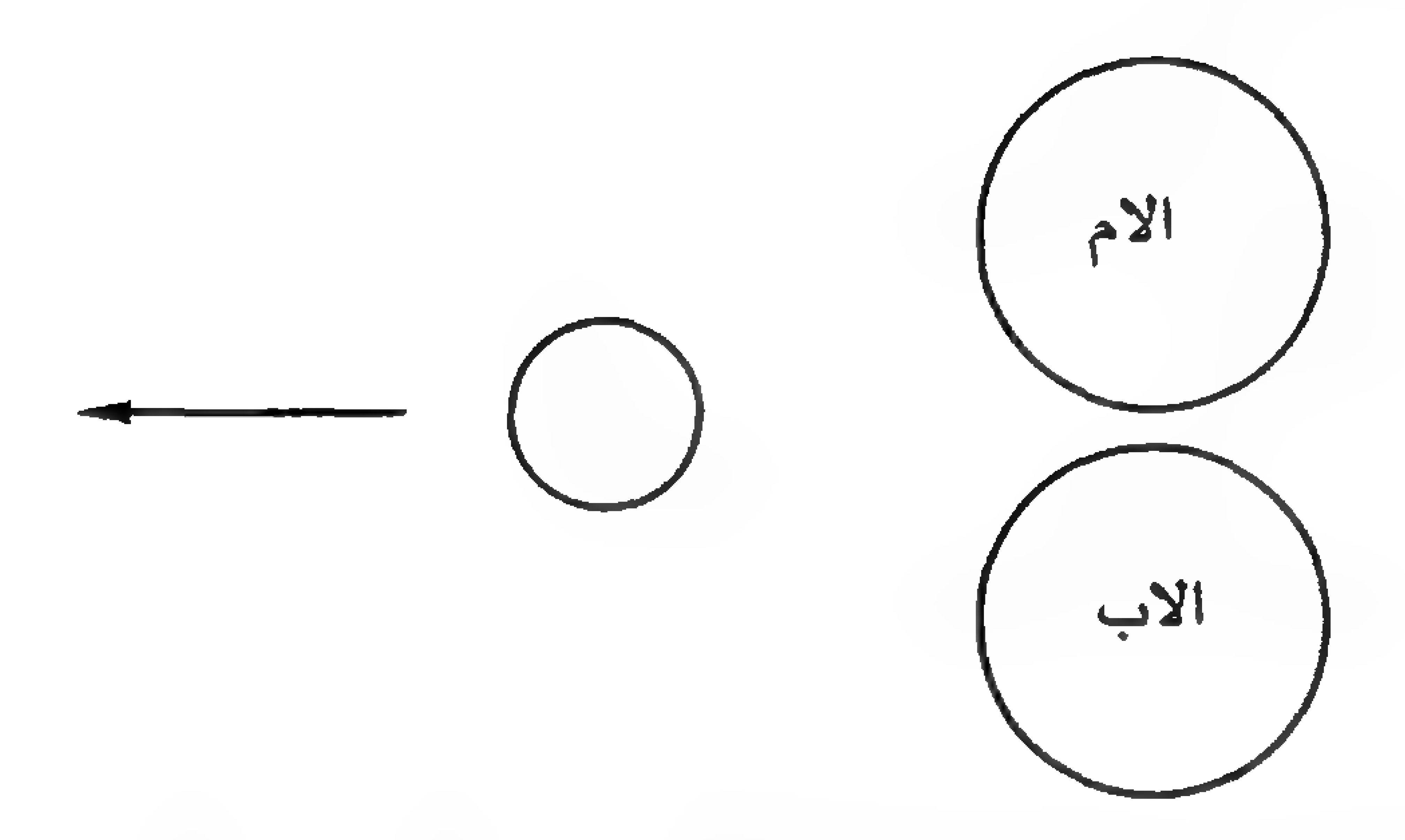
الثاني يتمثل في نشوء الوعي والادراك والتقدير عند الطفل تجاه القيم والاخلاق والمثل التي تجمعت لديه عبر مراحل حياته السابقة، ويصب كل ذلك ليشكل في النهاية معتقدات لدى الطفل تدعى (الأنا العليا). ويلازمه هذا الضمير مدى حياته، ويصبح في النهاية مميزا جدا في شخصيته. والضمير يحدد له اي الافكار أو الاعمال مقبولة وأيها مرفوض. وفي الحقيقة فان الوالدين هما اللذان يقومات مبدئيا بتلقين الطفل وتعليمه هذه القيم والسلوكيات، ويقوم الطفل بدوره بتبنيها فورا. وقد يمارس بعض الاطفال في هذه المرحلة العصيان، ولكن بسبب ميوله الى ممارسة ما يريد هو ممارسته ليس أكثر وليس لأن في ذهنه تساؤلات أو استفسارات مهمة عن مدى شرعية هذه الاخلاق والقيم والافكار. وفي حال المراهقين فان هذه القيم والاخلاق كثيرا ما تراجع من ويعاد اعتبارها والتفكير بالكثير منها، كما سنرى لاحقا.

مرحلة الكمون:

بعد أن يجتاز الطفل المرحلتين السابقتين ينتقل الى مرحلة الاندماج والتماسك. ففي

السادسة من عمره تقريبا يصبح الطفل أكثر حرية للانطلاق خارج حدود أسرته والتعامل مع المجتمع الخارجي والمحيط من حوله. ومع هذه التفاعل النفسي الرئيسي الذي يقوم به الطفل تصبح طاقته أكثر حرية للتعاطي مع نطاق أوسع وأكبر من الانشطة المدرسية وغير المدرسية وكذلك لتوسيع أفق وزيادة العلاقات مع الاخرين. وهذه المرحلة التي تدوم من ست الى ثماني سنوات، هي التي تدعى مرحلة "الكمون". وهي الموضحة بالرسم رقم (٨).

رسم توضيحي رقم (٨):



في هذه المرحلة يتعلم الاطفال كيفية بناء علاقات مع آخرين، غير الوالدين والاخوات والاخوة. وفيها يبدأ الطفل بالتركيز والاهتمام على بناء العلاقات مع من هم من جنسه، وهو لذلك قد يتجاهل أو يبعدعنه أية أنشطة قد تشمل أشخاصا من الجنس الآخر.

وتشهد هذه المرحلة بناء علاقات الصداقة الحميمة جدا بين الاطفال، وتغيب تماما السلوكيات التي اعتادها الاهل من أطفالهم في مرحلة بناء الشخصية والذات. فقد يدفع الطفل امه بعيدا عنه اذا حاولت تقبيله أو احتضانه، وقد ترى صبيين يسيران معا وهما متشابكي الذراعين، وكذا الامر بالنسبة لبنتين. وفي هذه المرحلة يختبر الاطفال ويتعلمون قابلية الانتساب الى الاخرين من جنسهم وخلق علاقة حميمة معهم.

وتغطي هذه الفترة التي نتحدث عنها المراحل الدراسية من الفصل الاول وحتى السادس. وخلال تلك المراحل يشهد الطفل زخما كبيرا من المعلومات والدراسات التي يجب عليه أن يتعلمها ويحفظها ويتقنها، من القراءة والكتابة والحساب والفنون والموسيقى وغيرها كثير، فان لم يكن الطفل قد اجتاز مرحلة من مراحل مسيرة حياته

المذكورة سابقا بالشكل الطبيعي والسليم، اي ان الطفل الذي لم يستطع التغلب وتجاوز والتعامل مع مرحلة من مراحل نموه النفسي قبل انخراطه في اي فصل من هذه الفصول الدراسية، قد يواجه صعوبات في أدائه المدرسي او التغلب واتقان التعامل مع المهام الاكاديمية الموكله اليه.

وتنتهي هذه الفترة مع بلوغ الطفل عامه الثاني عشر أو الرابع عشر، حيث تبدأ مرحلة المراهقة ويبدأ بالتالي بروز مهام أخرى على المراهق الاضطلاع بها والتعامل معها واجتيازها بسلام. وهنا كل شيء سوف يتغير، قد يكون للأسوأ ولكن نهايته لا شك حسنة. ومن الاهمية بمكان ان يجتاز الطفل كل مرحلة من مراحل نموه النفسي باتقان وسلام وان يتغلب على مصاعبها ويعيشها بتحكم ذاتي مريح، الامر الذي يجعله يدخل مرحلة المراهقة وهو متوافق مع نفسه. وعليه فان بقاء اي مشكلة أو عقبة أو صعوبة عائدة لمرحلة من تلك المراحل معلقة، سوف يسبب للطفل صعوبات في مرحلة مراهقته.

❖ معالم النمو الطبيعي لمرحلة المراهقة ❖

المراهقة مرحلة دقيقة وحساسة للغاية وتعترضها صعوبات جمة، ان كان للمراهق نفسه أو لمعظم الوالدين. وتمثل هذه المرحلة انتقال انسان من مرحلة الطفولة الى مرحلة الرشد والشباب. ولأن الفرص واوضاع وحالات المجتمع كلها تتغير وكذلك قيم المجتمع وتقاليده، فان هذا الانتقال يشهد تفردا وخاصية لكل جيل. وغالبا ما يعتمد الوالدان على نموذجهما وعلى تجاربهما وخبراتهما ويتعاملان مع اولادهما من هذا المنطلق، أي كما تعامل معهما والداهما، أو كما يعتقدان انه هكذا كان على والديهما معاملتهما في هذه المرحلة. والصعوبة تقع في ان تلك القواعد والتجارب التي اختبرها وتعامل معها الوالدان والتي كانت ناجحة نوعا ما، قد حضرتهما للثلث الاخير من القرن العشرين. اما مراهقو اليوم فعليهم تعلم كيفية الحياة بما يتلاءم مع الجزء الاول من القرن الواحد والعشرين. وعلى الوالدين، من هذا المنطلق، ان يشاركا اولادهما المراهقين تأملاتهم في ما يحتاجه اولئك الاولاد من قوة ومهارات ومواقف لمرحلة شبابهم. ولا بد من الملاحظة ان تجاربهما الحياتية الخاصة سوف تكون قديمة لا تتناسب والوقت الحاضر وقد تبدو مقيدة جدا.

وفي حين انه لا بد على الوالدين من تعليم اولادهما اهمية القيم والاخلاق والمثل التي تعلماها ويتمسكان بها، لا بد ان يأخذ بالحسبان ما يبذله الاولاد من جهد في سبيل شق طريقهم عبر العدد الهائل من القضايا والامور التي تعترض طريق مراهقتهم،

ان كانت كما هي الآن او كما ستؤول اليه لاحقا. ويكون الوالدان باعتمادهما هذا الاسلوب من التعامل مع اولادهما كأنهما مداهم بالجذور التي يحتاجونها للثبات والتمسك والصلابة في ارضيتهم، وبالاجنحة التي تساعدهم على الانطلاقة والتحليق وتحقيق المستقبل المنشود في آن واحد.

هذا ومن المفروض ان فترة المراهقة هي الفترة التي تنتظم مع نهايتها معظم الامور النفسية الخاصة بالانسان، مع التذكير بأن النمو الجسدي يلعب دورا بارزا في مراحل النمو النفسي عند المرء. وكما أشرنا سابقا، فان بعض المراهقين يجتاز هذه المرحلة دون أية صعوبات تذكر والبعض الآخر يواجه مشكلات معينة في مراحل معينة، الا انه سرعان ما يتماسك مرة أخرى وينطلق في حياته الى الامام.

مشكلات التغيرات الجسدية أثناء البلوغ:

من المهم جدا التمييز بين مرحلة البلوغ (مرحلة التغيرات الجسدية)، ومرحلة المراهقة، (مرحلة التغيرات النفسية). الاثنتان تترافقان معا ذهنيا، الا انهما قد تظهران منفصلتين الواحدة عن الاخرى لدى بعض الاشخاص، وهنا يجب على المراهق ان يتغلب على مشكلاتهما معا بضغوط وأكثر جهدا.

فتخيل فتاة عمرها عشر أو احدى عشرة سنة، مكتملة الثديين، يبلغ طولها أكثر من طول كل زميلاتها اللاتي في عمرها وقد جاءها الطمث، أو فتى في السابعة عشرة من عمره لم يبلغ طوله سوى خمسة اقدام فقط وله لحية كاملة وصوت أجش رجولي. كل منهما يتمتع بنمو جسدي طبيعي ولكن كلا منهما أيضا يقع في نهاية تختلف عن النهاية المألوفة لمنحنى النمو الطبيعي. والعكس يخلق الضغوطات والمعاناة نفسها، اذ تصور "ولدا" في الفصل السادس من دراسته حيث كل من فيه قد يبلغ طوله ستة أقدام وله لحية مكتملة، أو "بنتا" قصيرة صغيرة تخرجت لتوها من المرحلة الثانوية لم يظهر ثدييها بعد ولا زالت تلقب "بالبنت الصغيرة". حالة مثل هذين النموذجين تزيد ضغوطات ومعاناة على صاحبها فوق الضغوطات والمعاناة المعروفة التي يتحملها المراهق أو المراهقة أثناء مرورهما في فترة المراهقة.

وكما هو الواقع عند الاطفال، فاللمراهق شعوره وأحاسيسه وأفكاره التي كثيرا ما تسبب نزاعا ما أو توترا. الا ان حال المراهق تختلف عن حال الطفل حيث يتمتع الاول بقوة جسدية تمكنه من القيام بتصرف ما ذي علاقة جسدية أو الرد على تصرف ذي علاقة مماثلة. فمثلا عندما تداعب الام طفلها البالغ من العمر ست سنوات، تغمره

السعادة والمتعة الا ان الحال تختلف مع فتى يبلغ من العمر اربع عشرة سنة أو خمس عشرة سنة، حيث سيشعر بالحرج فيما لو سبب له ذلك الانتصاب. وكذلك الامر بالنسبة للبنت الصغيرة التي تتمتع بالجلوس على ساقي والدها، لكنها لن تفعل ذلك عندما تبلغ الثالثة عشرة من عمرها حيث تخشى من ان يسبب لها ذلك احساس جنسيا ما قد يعرضها للقلق. ومن ناحية اخرى فان العراك الجسدي والدغدغات الجسدية بين الاخ والاخت قد تسبب اثارات جسدية وشعورا مزعجا مقلقا. وقد يكون مجيء ردات الفعل هذه التي تترافق مع البلوغ الجسدي، مثار ازعاج وامتعاض بالنسبة للمرء حيث يشعر انه بسببها سوف يضطر لنقل كل العلاقات التي قد تسبب هذه الاحاسيس الى آخرين خارج نطاق العائلة كونهم يشكلون "أمانا" بالنسبة له.

الشيء نفسه ينطبق على التعبير عن الغضب. فالطفل الصغير الذي يغضب من والدته لا يشكل خطرا، حيث لا يتجاوز ارتفاع وجهه علو ساقيها، اما بالنسبة للشاب فالامر مختلف، حيث عليه ان يعي انه فيما لو غضب قد يؤذي والدته التي يفوقها طولا وقوة.

ويقود شعور القلق والكآبة مع فقدان الثقة بالنفس الذي تخلقه التبدلات الجسدية والنفسية التي يعيشها المراهق، الى الاعتماد على النفس في البيت. من ناحية اخرى فان الاحاسيس والتفاعلات الجسدية الجديدة التي يبدأ المراهق باكتشافها تجعل بناء علاقات جديدة ناجحة مع والديه او مع باقي افراد عائلته، ومعالجة مشكلاته معهم، صعبة. ومن هذا المنطلق يعيش المراهق صراعا بينه وبين نفسه من جهة وبينه وبين باقي أفراد أسرته من جهة ثانية.

ولحل هذه المتاعب وللتغلب عليها يلجأ المراهقون الى خيارهم الجامح (لفنتازية) فيختارون اشخاصا ليسوا في متناول يدهم بناء علاقات حقيقية معهم، كنجوم السينما والرياضيين ومشاهير الروك اند رول. ويكفي الفتاة المراهقة ويشبع عواطفها ان تعيش خيالا جميلا في أن احدهم سيطرق بابها ويأخذها في لقاء جميل. أن تعيش معه هذه العلاقة الخيالية يعطيها الامان واشباع الرغبات في آن واحد. وشيئا فشيئا تبدأ تفاعلات المراهق تنسج اوائل خيوطها مع أشخاص حقيقيين هم عادة من الاشخاص المتوفرين كزملاء وزميلات الدراسة أو الجيران أو غيرهم، حيث تبدأ تلك التفاعلات أول ما تبدأ داخل مجموعات (مثل ما تبدأ في المدرسة بين عدد من الزملاء الشباب مع عدد من الزميلات الشابات)، بعد ذلك داخل مجموعات أصغر فأصغر الى أن ينتهي المراهق الى مرحلة يبني فيها تفاعلاته هذه وعلاقاته مع افراد منتقين.

وتكون العلاقات الغرامية الاولى ذات طابع نرجسي (ذاتي). فالمراهق يود من خلال تلك العلاقات ان "يظهر" مظهرا جذابا جميلا. كالظهور مع مشاهير النجوم الموسيقية أو الرياضية أو السينمائية وغيرها ممن يتوق كل واحد للظهور معهم. وغالبا ما يتصرف الشاب المراهق أمام من يخرج معهم لأول مرة بلقاء غرامي كتصرفه مع صديقه من حيث استعراض العضلات والقوة والتباهي بشكله وغيرها من الحركات الاستعراضية. بعد هذه المرحلة يبدأ المراهق ببناء العلاقات الغرامية التي تمنحه "شعورا سعيدا مريحا". ورغم أهمية "الشكل" عنده الا انها تتراجع أمام أهمية المضمون ومكنونات الشخصية.

مرحلة الاستقلال:

أول مهام مرحلة المراهقة هي الانتقال من شخص اتكالي الى شخص مستقل يعتمد على نفسه اعتمادا كليا. وتبدأ بواكير الصراع المتعلق بتحقيق هذا الهدف متركزة حول دور المراهق كرجل أو امرأة وتحديد هويته المستقلة. وقد يبرز تصرفه المنفرد، عندما كان طفلا، مرة أخرى.

ويظهر السلوك السلبي في تصرفات المراهق كقوله "لا أستطيع أنا أن أقوم بذلك بنفسي" أو كقوله "لا تقل لي كم يجب أن يكون طول شعري - أو ردائي -". ويعتبر هذا السلوك محاولة لاخطار الاهل أولا والعالم كله ثانية ان هذا الشخص (المراهق) له عقله الخاص به وتفكيره الخاص به. وتصبح هذه التصرفات طريقة للتعبير عن الحنق والغضب. وكثيرا ما يتعمد المراهق اعتماد الاسلوب السلبي الرافض في محاولة من قبله للفت النظر اليه على انه يتمتع بتفكير مستقل تماما عن تفكير والديه. وقد يدخل المراهق بجدال مع والديه يدور حول اختيار لاصدقائه وزملائه أو نوعية الفصول الدراسيةالتي سيدرسها أو بعض المواقف والاراء الفلسفية أو طريقة التعامل مع الآخرين وآدابها. وغالبا ما تكون آراء المراهق في اختيار الملابس وكيفية تسريح أو قص أو تصفيف الشعر هي المواضيع المفضلة لديه لاثبات استقلالية تلك الاراء عن الآخرين. وكل جيل له صرعاته وملابسه وتصفيف شعره وكل جيل يتذكر كيف كان يلبس عندما كان مراهقا. وكلما كانت هذه الملابس أو طريقة تصفيف أو قص الشعر ذات صرعات مثيرة كلما فعلت مفعولها بالنسبة للمراهق لاثبات انه مستقل وله افكار وآراء خاصة به يتصرف وفقها.

واذا عادت القضايا التي مرت يوما في حياة المراهق، كالحب والغضب وكيفية التعبير عنهما، لتظهر وتطرح أسئلتها: ما الذي عليه فعله كي يكون محبوبا؟ وكيف يعبر

عن الحب والغضب؟ الا ان هذه القضايا كلها أيضا يتم التعامل معها مع الاهل والاخرين ويصبح المراهق رويدا رويدا قادرا على بلورة آرائه وتمتين مفاهيمه في علاقاته مع الجميع. وتبدأ بالتالي شخصيته الراشدة بالتبلور والوضوح.

وفي طريقه لبلورة شخصيته المستقلة، يعمد المراهق الى رفض المفاهيم والمثل والقيم التي سبق أن تعلمها من والديه كي يبلور مفاهيمه وقيمه الخاصة به. ويحتاج المراهق لاعادة تقديم وبحث القيم التي تعلمها سابقا كي تتلاءم مع عصره وتكون مهيأة للتلاؤم مع المستقبل ايضا. وقد يرفض المراهق مبدئيا كل القيم التي تعلمها من آله ويقدم بدلا منها أخرى معاكسة تماما. وقد يشعر المراهق انه "لا يمكن الوثوق باي شخص تجاوز عمره الثلاثين" وقد يعمد الى تحدي والديه عن طريق اعطاء اشارات تحمل في طياتها نفسا نزاعيا صراعيا كقوله "ماذا تعني ان كل البشر قد خلقوا متساوين؟ فاذا كان ما تقوله صحيحا فلماذا تغضب اذا صاحبت (يهوديا أو بروتستنتيا أو كاثوليكيا أو أسود أو أبيض أو اسبانيا أو اسيويا...)؟" أو :"لماذا علي أن أكون أمينا؟ الا تغش في ضريبة دخلك؟" أو "لماذا لا أستطيع أن أشرب كحولا أو أدخن سجائر؟ الا تفعل هذا انت؟"

وغالبا ما تكون هذه الفترة الانتقالية الفاصلة بين رفض القيم القديمة ومحاولة رسم وتحديد أخرى جديدة لم تتبلور بعد، كثيرا ما تكون مقلقة وغير مريحة. ولذلك يعمد كثيرون من المراهقين الى اللجوء مبدئيا الى منظمات ذات طقوس وشعائر دينية أو عقائدية أو فلسفية أو غيرها والانطواء تحتها. وتساعده هذه عادة في الانتظام بقوانين الجماعة المغلقة التي غالبا ما تضع قوانين تشمل معظم نواحي حياة المرء، كيف تلبس، كيف تتكلم، ومن هو مقبول ومن هو غير مقبول، وغير ذلك مما تتميز به هذه الاحزاب أو الجماعات أو المنظمات. وشيئا فشيئا يبدأ المراهق باستخلاص قيم كثيرة مختلفة خبرها من مصادر متعددة ليمزجها مع ما عنده. ومع اطلالة اولى مراحل شبابه يكون المراهق قد بدأ بلورة وتأسيس مبادئه الخاصة به و"الذات" الخاصة به ايضا. وتمكنه مرونة وانسجام هذه "الذات الوليدة" في تقوية قدرته على التعبير عن شعوره في علاقاته مع الاخرين. وتتعرض هذه "الذات" طيلة حياة المراهق الى تغييرات وتبدلات ونمو كي تتلاءم مع مستجدات حياته.

ومع بواكير شعور المراهق بالاستقلال، ومع تشجيع الاهل وتدعيمهم لبوادر الرشد عند ولدهم، يعود السؤال الذي طالما بادر ذهن الطفل الصغير عندما كان في الثالثة أو السادسة من عمره: "من أنا؟" يعود للظهور مرة أخرى، وطبعا لم يعد الجواب: "مثل أمي أو أبي".

الهوية:

وتبدأ مهمة المرحلة الثانية في نمو المراهق، تحديد هويته الذاتية المستقلة، بالظهور. فهو لن يكون "نسخة طبق الاصل" مثلا عن فلان أو فلان، اذ يقوم باختيار معالم الشخصية من عدد كبير من الناس، رجال الدين، قادة مشهورين، معلمين، جيران، أقارب، والديه، أصدقاء، وحتى من بعض مشاهير الناس ونجومها، يمزج بعض ملامحها بما عنده ليخرج شخصا جديدا ينفرد بملامح خاصة لشخص جديد. ولا تعتبر هذه الشخصية هي النهائية التي ترتسم فيها معالم هذا الشخص الجديد، لكنها تؤلف أسسا لملامح ما ستكون عليه تلك الشخصية لاحقا. اذ لا بد على الشخص ان يتكيف مع مستجدات ومتغيرات الحياة وقوانينها وحالاتها، فعليه التهيؤ لمرحلة التخرج مثلا ومن بعدها المسؤولية كزوج وبعدها كعامل ومن ثم كوالد وكجد وكمتقاعد.

هذا ومن المعروف ان لكل جيل أو ثقافة او تراث طريقة مختلفة في ممارسة ضغوطات الحياة على المرء. فمن عاش في العصر الفكتوري مثلا لا بد سمع وعايش قضايا مختلفة عمن عاش في القرن العشرين وصراعاته وحروبه. ومن عايش مرحلة حرب فيتنام مثلا خبر علاقات اجتماعية وثقافية تختلف عما عايشه والداه قبله. ودعني الفت النظر الى نقطة مهمة هيّ انه من الاهمية بمكان ان يعي الوالدان ويتقبلا الواقع المتمثل في ان اولادهما يعيشون في عالم غير عالمهما وان مراهقتهم وشبابهم سوف تكون مختلفة عما كانت عليه حياتهما.

وهكذا، فقد تم ذكر مراحل نمو الطفل والتي تبدأ من الولادة وتبلغ أوجها في مرحلة التمتع بالهوية الذاتية المستقلة. فان كان طفلك قد اجتاز كل تلك المراحل بسلام واستطاع التغلب على مصاعبها ومتاعبها فانه سوف يتمتع بذاتية ناجحة منتجة مفعمة بشعور صحي متفائل ايجابي نحوه ونحو الاخرين. وان كان في تلك المراحل مهمة من المهمات الاساسية المذكورة لم يستطع الطفل التعامل معها بنجاح أو لم يستطع التغلب على مصاعبها وبالتالي لم يتجاوزها بالنجاح المطلوب، فان شخصيته قد تغدو مقيدة بعراقيل معينة تمنعه عن الاداء المطلوب أو قد تعاني من خلل ما في الاداء المهني.

تكوين الصداقات :

بقي على المراهق مهمة واحدة عليه التعامل معها بنجاح واجتيازها بسلام وهي بناء علاقات الود والصداقات الثنائية. فحتى هذه المرحلة كل علاقاته لا تتعدى نموذج علاقات الطفل - الراشد. عليه أن يتعلم كيف يبني منفردا وبنجاح علاقاته مع

الاخرين. وهذه العلاقات هي ما نسميها "علاقات الود والصداقات الحميمة" وهي غالبا تبدأ في أواخر مرحلة المراهقة ولا تكتمل حتى بداية مرحلة الشباب.

عندما يبني الناس علاقاتهم على اساس اسلوب تبادلي مركب من الاعتماد على الغير والاستقلالية يتكلون على اشخاص يتمتعون بقوة معينة ونفوذ ما، مثل آبائهم مثلا. والاطفال كثيرا ما يشعرون انهم وأهلهم واحد ويستمدون القوة من هذه العلاقة التي تسمى أيضا علاقات حميمة ولكنها طبعا لا تنفع في مرحلة الشباب، حيث ان علاقات الاعتماد على الغير والاستقلالية تأخذ منحى يتمثل في ان كل واحد يعتمد على الآخر. ورغم هذا فان كل واحد أيضا يحب ويتكئ ويحتاج الاخر لاشباع عواطفه، ومع هذا الاعتماد المتبادل تبقى لدى المرء المقدرة على العمل باستقلالية الشخصية هي فعلا ما يصبو اليه احدنا في هذه الحياة وقليلون منا هم الذين يحققون هذه المعادلة المريحة.

الفصل السادس

المشكلات الانفعالية والاجتماعية المصاحبة

قبيل كتابتي لهذا الفصل، اتصلت بي سيدة تشكو من المشكلات التي سببها لها ابنها البالغ من العمر تسع سنوات. وطلبت مني ان أفحصه بعد طرده من صفه. ودعوني استخدم حالة هذا الطفل كمثال في حديثي عن دور المشكلات الانفعالية والاجتماعية لدى الاطفال الذين يعانون من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط.

❖ حالة كمثال ❖

قابلت في البداية والديّ الطفل. أخبرتني الوالدة انه لم يكن هناك أية مشكلات أثناء الحمل أو الولادة. وقد رجعت من المستشفى الى البيت مع وليدها في اليوم الثالث لانجابها اياه. ووصفته خلال الشهور الثلاث الاولى من حياته انه كان يعاني من مغص وكان اطعامه صعبا للغاية. وقد حاول طبيبه الخاص تغيير عدد كبير من انواع الحليب الى ان توصل الى نوع يعتمد في اساسه على الصويا ساهم في تخفيف هذه المشكلة نوعا ما. فوق هذا، فقد كان نوم الطفل قليلا. ينام لساعتين ثم يصحو باكيا طوال الليل. بقيت حاله هكذا الى الشهر العاشر من عمره. وقد تذكر الوالدان هذه الفترة بألم ووصفاها بأنها كانت "جحيما" حيث كان كل شيء يسير بعكس راحتيهما.

بالنسبة لتطور المهارات الحركية واللغوية، فقد سارت سيرا طبيعيا سنا ووقتا. بدأ الطفل سيره في الشهر العاشر، وعندها كان على والديه اللحاق به والركض خلفه دائما، فهما ان لم يفعلا ذلك لدقيقة واحدة، وجداه خارج البيت. وذكر الوالدان انه لم يعانيا من أية مشكلة جوهرية الى أن بلغ الطفل سنته الثانية وبدأت مهمة تدريبه على استعمال "المرحاض" حيث قاسيا صعوبات شاقة. لم يستطيعا أن يدربا طفلهما على التغوط الا عندما أتم السنتين وعشرة أشهر. وبقي يتبول في سريره الى أن بلغ التاسعة من عمره.

وذكر الوالدان انهما سجلا طفلهما عندما كان في الثالثة من عمره، في مدرسة

لرياض الاطفال، الا ان ادارة المدرسة قررت انه لم يكن مهيأ لدخول المدرسة آنذاك، فقد كان يركض في أرجاء الفصل باستمرار ولا ينتبه أو يصغي للآخرين، وهو فوق هذا كان يضرب الاطفال الاخرين في فصله. وأخبرني والداه انه كان هكذا في البيت، لم يكن ليجلس دقيقة واحدة ليستمع الى قصة يحكيانها له. كان دائم الحركة لا يهدأ أبدا. وكان ينفجر باكيا ويضرب ويصرخ اذا لم ينل طلبه فورا أو اذا حدث وأزعجته اخته الصغيرة.

وعندما بلغ الطفل الرابعة من العمر، سجله والداه في رياض الاطفال مرة أخرى، ولم يكن الامر بأحسن من سابقه، فقد أخذ المشرفون يشتكون من انه دائم الحركة ولا ينتبه ولا يصغي لأحد، لا يكل ولا يهدأ، يزرع الفصل دورانا، وان حدث وأزعجه أحد الاطفال الاخرين يشرع في ضربه فورا.

ولم تكن حاله في الحضانة بأحسن من سابقتها، الا ان الوالدين نوها الى ان تحسنا بسيطا طرأ على حال طفلهما في الصف الاول، حيث حظي بمدرسة صارمة وحريصة، عاملته الند للند وتابعت رصده وتعقبه، رغم انها كانت تسمح له احيانا باشباع رغبته في التحرك والمشي عندما يرغب في ذلك. الا ان السنة اللاحقة كانت سيئة. فقد واظبت مدرسته لتلك السنة على رفع الشكاوي والتي مفادها انه دائم الحركة كثير الشغب لا يهدأ ولا يستمع ولا ينصت. وقد يدخل في عراك مع أقرانه بين الحين والاخر، خاصة في اوقات الفرص بين الحصة والاخرى. وكل تقاريره المتعلقة بنتائجه كانت تشير الى ان بمقدوره فعل وتحقيق نتائج أفضل بكثير فيما لو انه انتبه وجلس هادئا وانجز واجباته كغيره من الاطفال. ولم يكن الصف الثالث بأحسن مما قبله.

في الصف الرابع، وعد الطفل والديه بأنه سيكون ولدا مجتهدا حسن التصرف. الا انه مع نهاية شهر اكتوبر، قام مدرس الطفل باستدعاء الوالدين وقدم شكواه بحق طفلهما في انه لا يهدأ ولا يصغي وانه يزعج التلاميذ الاخرين وحتى عندما يكون جالسا في مقعده لا يفتأ عن ازعاج باقي التلاميذ عن طريق النقر بقلمه على المقعد أو اللعب بكتبه أو اصدار اي صوت للازعاج فقط. وقد وصفه مدرسه بأنه يعاني من نقص في النضوج حيث انه لا يستطيع انجاز اعماله المدرسية دون مساعدته. وقد بدا انه غير محبوب من قبل اقرانه في الصف وانهم يعمدون الى مضايقته. وطلب المدرس من والديه التحدث اليه وافهامه انه الان في الصف الرابع وان عليه ان يتصرف كولد كبير وليس كطفل صغير غير مسؤول.

في آواخر ديسمبر ضرب هذا الطفل صاحبه في الصف لأن هذا الاخير قد ضايقه. قامت والدة الطفل المضروب بتقديم شكوى بحقه الى ادارة المدرسة، وبناء على ذلك تم طرده منها لمدة ثلاثة ايام. وأشار مدير المدرسة على والديه أن يعمدا الى مساعدته فورا قبل أن يصبح جانحا.

أثناء اجتماعي بوالدي الطفل أكدا فرط حركة طفلهما وعدم خلوده للهدوء وعدم انتباهه أو سماعه لما يرويان له، وقلقه الدائم وعصبيته وغضبه واحباطه، وبالاضافة الى هذا كله، سرقته لاموالهما. ولأنه في تلك الفترة كان ابنهما الاول فقد اعتقدا ان تصرفه كان بسبب ان الاولاد الذكور يختلفون عن البنات ليس الا.

أثناء لقائي بالطفل لأول مرة، بدا طبيعيا جدا وديعا مبتهجا. وكان اختياره للألعاب وخياله طبيعيين بالنسبة لعمره. في اللقاء الثاني تساءلت لماذا لم تتسجم ملاحظاتي في العيادة مع ما قاله لي والداه عنه.

ولذلك، وبعد اذن الوالدين، تكلمت مع مدرسي الطفل ومسؤول انشطته الرياضية في المدرسة. كل واحد تحدث عن فرط نشاطه الحركي وعن شرود ذهنه واندفاعيته. وخرجت بنتيجة ان مكتبي لم يكن المكان المثالي لملاحظة هذه الاضطرابات حيث كان الطفل يتعامل معي شخصا لشخص ويلقى اهتماما منفردا خاصا به، وهذا يختلف عن الحياة العادية حيث على الطفل ان يتعامل مع الناس في ظروف مختلفة تماما.

كان تحصيل الطفل الدراسي أثناء فترة تقييمي له ضعيفا، ولم يكن أداؤه مقبولا في المدرسة وكانت علاقاته مع الجميع سيئة، الامر الذي انعكس كله في البيت على شكل صراخ دائم ونزاع وصراع وفرض عقوبات، وبهذا كان الوالدان والمدرسون في المدرسة على حد سواء متعبين ومستائين من هذا الوضع واعتراهم اليأس من امكانية الاصلاح.

الجدير بالذكر ان مشكلة هذا الطفل ليست فريدة. وهي تتمثل في مظاهر واضحة من فرط النشاط الحركي وشرود الذهن والاندفاعية. من ناحية أخرى فان كل الصعوبات التي واجهته في الاطعام والنوم ونزقه السريع وغضبه بدت مألوفة عند من يعاني من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. وسنة بعد سنة يبدأ المدرسون بملاحظة سلوكيات وتصرفات الطفل، الا انهم لا يلاحظون سببها، ويصب كل واحد منهم احباطه وغضبه اما على الطفل أو على الوالدين، دون الالتفات الى معالجة المشكلة قبل استفحالها. فمثلا عندما قابلت الطفل الذي ذكرنا قصته سابقا، كان

المسكين قد دخل مع الزمن في معاناة لمشكلات عاطفية واجتماعية وعائلية، بدت وكأنها الاساس لكنها لم تكن سوى اعراض ثانوية نتيجة لاضطرابات لم تعالج ولم تقوم. وحتى لو تدخل الطبيب النفسي ومع مساعدة الوالدين في الوقت المناسب لكانت حالة ذلك الطفل قد تحسنت لفترة زمنية محدودة فقط، حيث ان المطلوب هو علاجه من اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط، بالاضافة الى مساعدة الطبيب النفسي والاهل معا، الامر الذي يوصل في النهاية الى تحسن واضح.

من هذه القصة نخرج بقناعة ان اضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط هي عبارة عن خلل في الجهاز العصبي عند الانسان، فهذا الطفل ولد ومعه هذه الاضطرابات. وقد كانت تصرفاته وسلوكياته من الايام الاولى لطفولته تدل على ان هذه الاضطرابات رافقته منذ الولادة وانها ليست عجزا في الاداء المدرسي فقط بل هي عجز حياتي. بالاضافة الى ذلك فان فرط النشاط وقصور الانتباه والاندفاعية الذي يصاب بها الطفل تخلق مشكلات مدرسية بين الطفل ومدرسيه من جهة وبينه وبين اقرانه من جهة ثانية وبينه وبين اهله واقاربه والناس من حوله من جهة ثالثة، الامر الذي يخلق عنده لاحقا مشكلات انفعالية واجتماعية وعائلية، والحقيقة فان هذه المشكلات مألوف وجودها لدى جميع من يعاني من هذه الاضطرابات.

❖ المشكلات الانفعالية والسلوكية ❖

نظرا لعدم الموضوعية في احالة الاطفال والمراهقين للتقويم والعلاج، فان كثيرا ممن يعانون من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط يصنفون وتشخص حالتهم على انهم يعانون من اضطرابات انفعالية. وقد بينت الدراسات ان اكثر الاطفال والمراهقين الذين يحظون باحالتهم للمعاينة والعلاج هم اولئك الذين يظهرون فرطا في النشاط الحركي و/أو اندفاعا أو كليهما، أما المصابون باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط والذين يظهرون فقط قصورا في الانتباه فقد لا تلاحظ حالهم وبالتالي يفقدون فرصة احالتهم للعلاج، رغم انهم يعانون من احباطات كثيرة ومن مشكلات اكاديمية كثيرة ايضا، ولكنهم بسبب عدم قيامهم بما يزعج ويقلق الفصل لا يحظون بهذه الاحالة. والامر نفسه ينسحب على الاناث بشكل اكثر، لان عادة ما تكون شكواهن أقل من الذكور.

هذا ولا بد من الاشارة الى ان فرط النشاط وقصور الانتباه و/أو الاندفاعية أو كليهما النابع من اصابة الفرد باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط يخلق

ضغوطات نفسية واجتماعية على كل الاصعدة وفي كل المجالات. اما كيفية ومدى تأثير هذه الضغوطات والاحباطات على الاداء النفسي لمن يعاني من هذه الاضطرابات، فهذا أمر يتأثر بثقافة وعمر وجنس وعائلة ومدرسة المصاب، بالاضافة الى المجتمع الذي يعيش فيه وكيفية تقبله وتعامله مع مثل هذه السلوكيات. وعليه فان سلوكا خاصا كنتيجة لهذه العوامل ينمو عند كل طفل أو مراهق، بعضهم قد يتغلب على مصاعبها والبعض الآخر قد يصاب باختلال وظيفي ما من جرائها.

مشكلات المراحل الاولى للنمو:

ان اكتشاف اصابة الطفل باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وهو في شهوره الاولى بعد ان تمت ملاحظة بعض الاعراض الخاصة بهذه الاضطرابات عندما كان جنينا، قد تكون من أصعب الامور. بعض الوالدين يبلغان عن مثل هذه الاعراض قبل الولادة، كقول الام ان طفلها كان يركل في بطنها أكثر بكثير مما كان عليه الوضع مع باقي أطفالها. والحقيقة انه من المألوف على الوالدين ملاحظة بعض هذه الاعراض على الطفل المصاب باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط منذ الايام الاولى لولادته، من نزقه الدائم وبكائه المستمر وصعوبة ارضائه واسكاته وعدم خلوده للنوم الا لساعات قليلة جدا، وصعوبة اطعامه واصابته الدائمة بالمغص وغير ذلك. وقد لا تتحسن الحال عند بعض الاطفال الى ان يبلغوا الثالثة أو الرابعة من عمرهم، والبعض الاخر قد ترافقه هذه السلوكيات طيلة فترة طفولته.

ومن الواضح جدا ان هذه المشكلات ذات الاساس الدقيق والحرج وغير المرئي في الجهاز العصبي، تترك أثرها المميز والمهم على علاقة الطفل المبكرة مع والديه. ومن الواضح ايضا انه قد تسبب هذه الاضطرابات ضعفا في ثقة الاهل بمقدرتهم على تنشئة الاطفال وفي كفاءتهم ايضا. فهم يحاولون جهدهم ارضاء واسعاد طفلهم دون جدوى، وهم ينامون لساعات قليلة ليعودوا بعدها الى السهر عليه والعناية به، الامر الذي يجعلهم يصبون جام غضبهم ونزقهم واحباطهم عليه. وهكذا فلا حال الطفل ولا حال الاهل تشجعان على بناء علاقة دافئة مريحة وممتعة بينهما.

مشكلات كل مرحلة من مراحل النمو:

معاناة الانفصال: لمساعدة الطفل على التغلب على مشكلات هذه المرحلة لا بد من توفر عاملين: الاول شعور الطفل بالثقة والامان للانطلاق واكتشاف العالم الخارجي، والثاني هو تمتع هذا العالم بالجاذبية والمتعة الكافيتين القادرتين على جعل الطفل راغبا

في المكوث خارج بيته بعيدا عن اهله وراغبا في الارتباط مع غيرهم من البشر في ذلك العالم. والاطفال المصابون باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط يعانون من صعوبة في التفاعل مع الاخرين والتعامل والتواصل معهم، أو القيام بما يقوم به عادة باقي الاطفال. وقد يجد واحدهم العالم خارج بيته مرهقا يجبره على العودة الى داخل جدرانه. وقد يلاحظ الاهل انزعاج طفلهم وحاجته لنجاح توسيع وبسط علاقاته مع الاخرين. فاذا وجد هذا التردد في اطلاق العنان لهذه الخطوة ان كان من قبل الاهل أو من قبل الولد فان عملية التغلب على صعوبات هذه المرحلة سوف يتأخر انجازها.

وكنتيجة لهذا فان الاطفال الذين فشلوا في التغلب على صعوبات هذه المرحلة سوف يؤثرون الجلوس في البيت. وان شعروا ان الامور لا تسير على ما يرام في دور الحضانة او المدارس أو اي دور لرياض الاطفال، فانهم سوف يرفضون الذهاب اليها ويقاومون ذلك باصرار. وان اجبروا على الذهاب فسوف يجتنبون الاختلاط مع الاخرين وان اختلطوا فسوف يكون التفاعل معهم ضعيفا جدا. وعندما يبدأ الطفل صراعه للتغلب على مشكلات الانفصال، يشهد الاهل الكثير من السلوكيات السلبية: لجوئه الى النزاع والتحدي، ورغبته في السيطرة على كل شيء، والصعوبات في بناء العلاقات (وهذه السلوكيات طبيعية بالنسبة للطفل البالغ من العمر سنتين) التي تستمر معه الى السنة الثالثة والرابعة وما بعد.

معاناة بناء الشخصية: كيف يمكن لطفل يعاني من صعوبات في التعامل واللعب مع الاطفال الاخرين، ان يجيب عمليا وبنجاح عن سؤال "من أنا؟" هذه المشكلات قد تستمر مع الطفل من السنة الثالثة وحتى السادسة، الامر الذي يجعله يبدو أقل نضوجا من باقي اصحابه. وقد تستمر هذه المشكلات حتى بعد بلوغ الطفل السنة السادسة من عمره مما يجعل الخوف مرافقا له ويعرضه لكوابيس مخيفة تجعله يحاول زرع الفرقة بين الكبار أو الصغار أو حتى تجنب الانخراط ببعض الانشطة خوفا من تعرضه للاذية. فاذا استمرت هذه المشكلات الى مرحلة الحضانة ومن ثم الصف الاول في المدرسة فان هذا السلوك سيغضب المدرس وباقي تلاميذ الصف على حد السواء.

مرحلة الحضانة: ليس من السهل على الطفل البدء في مسيرة حياته الدراسية، فهي مرحلة حرجة بالنسبة له خاصة فيما يتعلق بتوفر الثقة بالكبار والراحة في ابتعاده عن اهله وعائلته وادراكه ووعيه لذاته. فان لم يكن قد تم تجاوز مراحل نموه الاولى بنجاح وتم التغلب على معاناتها بسلام وهدوء فان الطفل البالغ من العمر ست سنوات قد يدخل مرحلة الحضانة والمدرسة مصحوبا بمشكلات قد تجعله غير جاهز للتعلم أو ان

سلوكه النابع منها قد يجعله غير جاهز للمشاركة والتفاعل مع جو المدرسة. وان كان قد تم حل او معالجة مشكلات ومصاعب تلك المراحل الاولى بشكل جزئي، فقد يكون اداء الطفل مبدئيا لا بأس به الا انه سرعان ما يعود للسلوك الاول الذي كان يقوم به قبل حل أو معالجة تلك الصعوبات وذلك لدى تعرضه لاي ضغوطات. فان حدث هذا وتم عرض الطفل الى اخصائي الصحة النفسية فانه من الاهمية بمكان الانتباه وتحديد ما اذا كان مصابا باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط مع احتمال معاناته من صعوبة في التعلم، وتأثير كل منهما على الطفل. ان رؤية الظاهر فقط من السلوك وتشخيصه على انه اضطراب انفعالي دون فهم المشكلات الناجمة عن خلل الجهاز العصبي، والتي تكون ايضا موجودة لدى الطفل المعني، سوف يجعل العلاج فاشلا.

مشكلات انفعالية محددة:

اذا كان الطفل يعاني من فرط النشاط وقصور الانتباه والاندفاعية أو كليهما، ولم يتم تشخيص اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط ومعالجتها، فان هذا الطفل سوف يعاني من احباط وفشل متزايدين. ويتعامل الاطفال مع المهم ومعاناتهم بتبريرات مختلفة، فبعضهم يعتبرها نابعة من عوامل خارجة عن الذات، وبعضهم يتعامل معها على انها نابعة من الذات والبعض الاخر يرجعها الى اسباب جسدية وهناك البعض الذي يحاول فرض نفوذه على من حوله كأسلوب في التعامل مع هذه المشكلة.

الاطفال الذين يبررون مشكلاتهم الى عوامل خارجية، هم أكثر الاطفال ظهورا وتمييزا وبالتالي ادقهم تقويما وتحديدا. فهم يبدون سريعي الغضب والانفجار ويفقدون السيطرة على أعصابهم. يضربون وينازعون ويقاتلون ولا يستبعد منهم استعمال الالفاظ النابية أثناء مشاداتهم. وتبدو مشكلاتهم في المدرسة عندما يشعرون انهم غير كفوئين للقيام بعمل ما أو عندما يصابون بالاحباط. اما في البيت فتظهر مشكلاتهم عندما يطلب منهم القيام بعمل ما ضد رغبتهم أو عندما لا يسمح لهم القيام بعمل ما يرغبونه.

والاطفال الذين يعتبرون مشكلاتهم نابعة من عوامل ذاتية، يشعرون بالالم والقلق، وضعف الثقة بالذات وتدني احترامهم لذاتهم وهم غالبا تعساء ومصابون بالكآبة ويرددون "أنا لا أصلح لشيء" "أنا غبي" أو "أنا سيئ". وفوق هذا يمارس الاهل والمدرسون تعزيز هذا الشعور عند هذا الطفل عندما يعلقون عليه لدى قيامه بتصرف خاطئ أو سلوك ما - ودون أن يعرفوا سبب قيامه بذلك السلوك أو التصرف - قائلين "انت طفل سيئ" أو "الذي فعلته لتوك سيئ" "اذا تابعت سلوكك هذا لن تتعلم ابدا".

اما الاطفال الذين يلقون باللوم على العوامل الجسدية قد يأخذ قلقهم واحباطهم شكاوى مميزة ومعينة، مثل اصابتهم بالصداع أو الام في المعدة، وقد يكون قلقهم المتعلق بجسدهم غير واضح المعالم او قد يتغير فمثلا قد تسمعهم يقولون "لا أستطيع الذهاب الى المدرسة اليوم لأن كوعي يؤلمني" أو "لا أريد الذهاب الى الخارج كي ألعب لأنني أشعر ان حلقي ليس طبيعيا".

ولعل انجح طريقة لمثل اولئك الاطفال كي يتغلبوا على مصاعبهم هو اعتماد اسلوب الاستثارة والتلاعب بمن حولهم. فهم يعرفون كيف يختارون الاشخاص والاوقات المناسبة لازعاج الفصل وتعطيل برنامج التدريس أو جر المدرسين لطردهم من فصلهم. ويغدون مهرجي الفصل. وان نجحوا في أساليبهم هذه فقد يفلحون في تجنب القيام بعمل معين ما في الفصل أو قد يفلحون بطردهم من الفصل في حينه. بالاضافة الى ذلك فان مثل هذه التصرفات قد تفلح في تحقيق نوع من المقبولية لدى أقرانهم وذلك من خلال قيام اولئك الاقران بالتحدث عن "اعمالهم المميزة".

❖ مشكلات المراهق الانفعالية والسلوكية ❖

مرحلة المراهقة قد تكون مرهقة ومجهدة لاي شخص كان. ويزداد هذا الارهاق والاجهاد في حال اصابة المرء باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط واحتمال اصابته بعجز عن التعلم. فاذا تلقى المصاب العناية اللازمة فقد يتضاءل الاجهاد وتتضاءل معاناة هذه المرحلة. اما اذا لم يتم تحديد والتعرف على هذه المشكلة حتى مرحلة المراهقة فان كثيرا من الاضطرابات النفسية قد تحدث، الامر الذي يزيد من مصاعب هذه المرحلة.

وكما ذكرت في الفصل الاول فان الخلل نتيجة اصابة المرء باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط يبقى حتى سن المراهقة لدى ٥٠ في المائة من المصابين بهذه الاضطرابات. وان لم يكن طبيب العائلة على بينة من هذه المعلومات فقد يظن ان الاطفال يتخلصون من هذه المشكلة عند بلوغهم، وعليه فانه قد يكف عن اعطاء المراهق العلاج المناسب، مع ان كل سلوكيات اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط قد تعود لتخلق مشكلات في المدرسة ومع الاهل ومع الاصدقاء وعلى مستوى الانشطة المختلفة.

وقد تتأثر كل مرحلة من مراحل نمو المراهق بسلوكيات اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وتخلق صعوبات تجعل المدرسين والوالدين محبطين الامر الذي ينعكس على الطالب ليعيش هو الاخر احباطا مماثلا.

مرحلة الانتقال من الاتكالية الى الاستقلال

عندما يجتاز الطفل مرحلة الانفصال عن اهله ويدخل لاحقا مرحلة الانتقال من الاتكالية الى الاستقلالية، يجب ان يتوفر له عنصران: الاول هو شعوره بالثقة التي تؤهله للمضي في اكتشاف العالم الخارجي، والثاني هو تمتع ذلك العالم بالطمأنينة والترحاب المشجعين له. فان تمثلت في احد هذين العنصرين مشكلة ما فان معظم سلوكيات المراهق التي تمارس عادة في بدايات هذه المرحلة سوف تشهد تضخما ومبالغة وقد تستمر لتتجاوز زمنها والحاجة اليها.

والطفل الذي يفتقد الثقة بنفسه ويتميز بأداء ضعيف في تفاعلاته وعلاقاته مع أصدقائه، قد لا يجد الابتعاد عن اهله مريحا له. بل على العكس فقد ينعكس هذا على تراجعه عن التفاعل مع العالم الخارجي وتفضيله المكوث وحيدا في البيت يقضي وقته امام التلفزيون.

وان كان شعور المراهق بالاستقلال يسبب له ضغطا واجهادا، فانه قد يعتمد سلوك السلبية والمعاندة والعراك ويصبح موضوع تصفيف شعره أو نوع ملابسه قضية تؤخذ بالحسبان. وقد تواجه محاولة ضبط هذا السلوك والتحكم به لعصيان المراهق ورفضه العلاج. فان الطفل الذي سبق له ان تناول الادوية الخاصة بهذه الاضطرابات في صغره قد يرفض تناولها مرة ثانية. وقد يرفض المراهق الذي كان يعاني من اضطراب العجز عن التعلم وهو صغير الالتحاق ببرامج تعليمية خاصة او مقابلة مدرس خصوصي بعد دوام المدرسة.

ويتعاظم في هذه الحالة، ميل المراهق الطبيعي بمعاندة وعصيان المسؤولين واصحاب القرار، ليتمثل في مشكلات في البيت والمدرسة. والوالدان يبقيان في موقع الخاسر دائما ومهما فعلا. فان هما عاملاه على أساس انه يتصرف بما يلائم سنه، سوف يجدانه ينقلب ليتصرف كأنه طفل صغير. واذا عاملاه على اساس انه لا زال طفلا صغيرا سوف يجدانه ينفجر معترضا على هذا التعامل. واذا تركاه وحيدا في البيت على انه ناضج يستطيع الاعتماد على نفسه، سوف يجدانه يعترض ويشكو متهما اياهما بأنهما لا يشملانه بالرعاية المطلوبة، وعلى العكس ان هما اعطياه حرية الراشد المسؤول لوجداه يسئ استعمال امتيازات تلك الحرية، وان حدث وسحبا منه تلك الامتيازات فسوف ينفجر معترضا غاضبا.

مرحلة تكوين الهوية الذاتية:

عند احساس المراهق انه استطاع تجاوز مرحلة الاستقلال وتغلب على مصاعبها

بنجاح، يواجه المهمة الكبرى وهي تحديد هويته الذاتية الخاصة به كانسان مستقل. وهذه المهمة صعبة جدا في مجتمع يشهد تغييرات متواصلة في نظام القيم، وفرص ايجاد العمل المطلوب، ويشهد ايضا اتساعا متواصلا لمدى خيارات معينة سرعان ما تتناقص فجأة دون سابق انذار او ربما تختفي فجأة أيضا. وتزداد صعوبة هذه المهمة لدى الاشخاص الذين يعانون من الاحساس بانهم فاشلون في مدارسهم وفي علاقاتهم مع اهلهم واصدقائهم.

بعض المراهقين يتصرفون كالاطفال، ويبدون غير فعالين "بليدين" كسالى ولا يظهرون اية مؤشرات لتمتعهم بشخصية ذاتية. أو انهم قد يبدون متقلبين دائما لا يستقرون على رأي واحد، ولا يعرفون كيف يحددون هويتهم.

وتعتبر هذه المرحلة من زمن المراهقة، اي عندما يريد المراهق ان يبدو مختلفا، أسهل من غيرها من المراحل، اذ يبدو ان المراهق يجب ان يكون "مثل صديقه تماما" كي يكون مقبولا، اذ لا يستطيع المرء ان يجعل اختلافه عن الاخرين مقبولا الا لاحقا. اما المراهقون الذين يعانون من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط فهم دائما يحملون احاسيس وشعورا مختلفا عن الاخرين، وفي الواقع فان ذلك يلاحظ ويميز من قبل الاخرين ايضا، ولذلك فان مقبوليتهم بالنسبة لاصدقائهم تشكل مشكلة بالنسبة لهم، ولذلك فهم يؤثرون المكوث في البيت وتفادي التعامل مع الاصدقاء.

بعض المراهقين قد يعانون من يأس أو رغبة جارفة لتحقيق مقبوليتهم لدى أصحابهم، الامر الذي يجعلهم عرضة للانهيار امام ضغط اصدقائهم ويقومون بالتالي بتصرفات غير مناسبة توقعهم في ورطات. منهم مثلا من قد يشرعون في الادمان على شرب الكحول أو تعاطي المخدرات، "لان أصدقاءهم يفعلون ذلك" ورغبة منهم في قبولهم من قبل اولئك الاصدقاء يقومون بفعل ما يفعلونه. وبعض الصبية قد يتصرفون بقسوة وعنف وبعض الفتيات قد ينصرفن الى الافراط في ممارسة الجنس بغية تحقيق المقبولية بهذه الطريقة.

بداية تعلم مهارات تكوين الصداقات:

رغم ان هذه المهمة تبدأ عن الانسان في اواخر مرحلة المراهقة، الا انها في الواقع تأخذ مفعولها ومداها في اوائل مرحلة الرشد والنضوج. ومن لم يستطع التعامل مع مراحل نموه الاولى بنجاح وتجاوز وتغلب على مصاعبها، فانه سوف يواجه بتقلص فرص نجاح بناء علاقات مع الاخرين ولن يتعلم بالتالي كيفية تكوين صداقة.

ان ضعف الثقة بالنفس أو تدني الاحساس بقيمة الذات والشخصية قد تقود من يعاني منهما الى الحرص على عدم فقدان الاصدقاء المقربين، حيث ان سمعتهم السابقة وتصرفهم الحالي قد لا يشجع الاخرين لمد يد الصداقة الجديدة اليهم، ولذلك فهم يحرصون على عدم فقدان اصدقائهم المقربين. ولكما أصبحت فرص نجاحهم في هذا الشأن محدودة زادت عزلتهم، وزادت مشاكلهم.

❖ المشكلات الاجتماعية ❖

يعاني الاطفال والمراهقون المصابون باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط من امكانية عدم مقبولية من قبل اقرانهم، وهم دائما، على اي حال، لا يستطيعون اقامة علاقات ناجحة معهم. وقد يواجهون مشكلات مع زملاء صفهم أو جيرانهم. وقد تظهر هذه المشكلات في الانشطة الواقعة خارج نطاق المدرسة، كفرق الكشافة أو مجموعات التثقيف الديني أو الانشطة الرياضية المنظمة وغيرها. وقد يكون رفض اقران المصاب باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط له مخربا، اذ قد يؤدي الى الشعور بعدم الثقة بالنفس وتدني الاحساس بالقيمة الذاتية واحتقارها والشعور بالوحشة والانعزال. بالنسبة للمراهق، قد تؤدي هذه المشكلة وهذ الاحساس الى تدني ادائه في المدرسة وتدفعه الى الجنوح وقد يجره ذلك الى الانسحاب كليا من المدرسة. وقد بينت الدراسات انه اذا طالت فترة بقاء الطفل دون علاقات ايجابية جيدة مع اقرانه فان ذلك قد يقود الى صعوبات في ادائه المهني والادمان على شرب الخمر واضطرابات نفسية خطيرة وسلوكيات اجتماعية مرفوضة.

ونتيجة شعور بعض الاطفال بانفلات مقدرتهم على التحكم بالامور يحاولون السيطرة على المحيط من حولهم، وبمقدورهم فعلا التصرف بنزعة تعسفية دكتاتورية. بالنسبة للبعض الاخر، احباطهم قد ينعكس ويتمثل في الغضب. وفي حال الاطفال الذين يعانون من التهور والاندفاع فان هذا الامر قد يقود الى سلوك عدواني. اما بالنسبة للمراهقين فقد يعمدون الى ازعاج زملائهم عن طريق نشاطهم وحركتهم المستمرين أو عن طريق عدم قابليتهم للانتباه والاصغاء.

ويواجه عدد كبير من المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط صعوبات في مجال المهارات الاجتماعية وضعف في الادراك العام، فمثلا لا ينتبه احدهم الى ان سلوكه المتمثل في صوته أو ما يعبر به بحركات جسمه قد يزعج الاخرين. وهم يتميزون بامتلاك مهارات قصيرة المدى وغير فاعلة لاقامة علاقات ايجابية مع زملائهم

الاخرين. وان كان واحدهم مصابا بالتهور والاندفاع فان هذه المشكلات تتعاظم وتسوء. فهم لا يعجزون فقط عن ادراك وفهم نوعية واصول القواعد الاجتماعية التي تضبط التعامل الانساني، بل غالبا ما يتكلمون او يتصرفون بعمل ما قبل التفكير فيه، الامر الذي يفضي الى تصرفات مزعجة او مثيرة للغضب لاصحابهم الذي بالتالي يعمدون الى رفضهم والابتعاد عنهم.

وتظهر كل هذه المشكلات في المدرسة: في الصف، في ساحة اللعب، وفي ردهات المدرسة وكل منها يخلق صعوباته. وقد يعيش هذا الطالب حالة من التمزق في صفه، فقد تجده دائما غافلا شاردا يحتاج الى تنبيه دائم للتركيز على موضوع الدرس وانجاز المهام المطلوبة. وقد يكون عبثيا يتكلم في غير وقته ويقاطع المدرس والتلاميذ. وغالبا ما يتسبب نشاطه الدؤوب وحركته التي لا تنقطع وتحرشاته بأصحابه وصخبه ونزقه في خلق شعور سلبي تجاهه من قبل المدرس والتلاميذ على حد سواء.

ويواجه دائما المصابون باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط صعوبات اكاديمية، حيث ان كل سلوك من السلوكيات المنبثقة عن هذا الخلل سوف يلعب دورا سلبيا في طريق نجاحه. فعجز الانتباه قد يفضي الى تعرضهم لازعاجات صادرة عن اي صوت او نشاط في الفصل. وقد لا ينتهي المصاب من انجاز الواجب المدرسي وان انتهى فلن يكون في الوقت المطلوب. وسلوك الاندفاع والتهور قد يفضي الى العجلة في انجاز الواجب المدرسي او وضع اولى الافكار التي ترد الى الذهن دون التمعن والتفكير. وغالبا ما يقود فقدانه للتفكير الملي وحسن التصرف الى اقتراف وتكرار الاخطاء الناجم معظمها عن عدم الانتباه، وبالطبع يكون انجاز الواجب المدرسي ناقصا. وبشكل عام فان النتائج تكون دون المستوى المطلوب وقد تقود الى الفشل. ومع سلوكهم المزعج لمدرسيهم واصحابهم وتكررار تنبيههم من قبل المدرسين الى اخطائهم الكثيرة وادائهم التعليمي الضعيف، كل هذا يقود الى قناعة عند الاخرين مفادها ان اولئك الاطفال او المراهقين اغبياء، وهذا يلعب دوا في نبذ اصحابهم لهم والابتعاد عنهم.

❖ تلخيص ❖

اذا تم تشخيص الطفل على انه مصاب باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط فان من المهم البحث والتعرف على باقي المشكلات الانفعالية والاجتماعية. ويجب ان تشمل خطة العلاج كل هذه المشكلات جنبا الى جنب مع علاج اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط.

والسؤال المهم هو: هل هذه المشكلات سبب اصابة المرء بفرط النشاط الحركي وشرود الذهن أو الاندفاع أو كليهما، ام انها نتيجة اصابته باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. والحقيقة ان كل استنتاج يفضي الى فهم مختلف ويفرض علاجا مختلفا ايضا.

الفصل السابع

ردود فعل اسرة الطفل أو المراهق ذي الاضطراب

سبق ان ناقشنا الى حد ما المشكلات التي يعاني منها المصابون باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط مع احتمال معاناتهم باضطراب العجز عن التعلم، مع الاخرين في البيت والمدرسة. ولا شك ان ما يعانيه الاهل مع هذا الوضع من مشكلات انفعالية واجتماعية نتيجة لهذه الاضطرابات المصاب بها احد افرادها، تستحق فعلا اهتماما خاصا. سأبدأ أولا بالحديث عن رد فعل الاهل (الوالدين والاخوة والاخوات) الطبيعي تجاه هذه المشكلة، بعد ذلك سأتطرق الى المشكلات التي يخلقها تجاوز الاحساس الطبيعي اطاره المعقول من خلال وصوله الى حدوده القصوى والاطالة الزمنية غير المقبولة، الامر الذي يجعله مؤذيا.

عندما يعاني فرد من العائلة يشعر باقي افراد العائلة بالالم نفسه ويتجاوبون معه في المقدار نفسه تقريبا. فالوالدان والاخوة والاخوات والجدان كلهم يشكلون هذا النظام الانساني الذي يشكل الاسرة التي يعيش ويترعرع فيها من يعاني من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. وكل واحد فيها يحتاج لفهم واستيعاب كافة جوانب مشكلة الطفل المعني، مع فهم وادراك مدى رد فعله شخصيا تجاه هذه المشكلة، فيما لو رغب في تقديم المساعدة في هذا الشأن، رغم ان ذلك قد يكون مؤلما أحيانا ويحتاج الى خطوات صعبة.

عند تشخيص طفلك بانه مصاب باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط، يجب ان يبادر احد افراد التقييم لشرح ما تم اكتشافه لك. كما انه يجب على طفلك، الى درجة معينة، فهم ومعرفة ما تم اكتشافه بخصوص مشكلته. ويقوم احيانا بمهمة الشرح المسؤول عن التقييم بشكل روتيني، ونادرا ما يتم اخطار الاخوات والاخوة وباقي افراد العائلة عما تم اكتشافه (حتى من قبل الوالدين)، رغم انه اصبح ضروريا جدا ان يكون جميع افراد العائلة على بينة من مشكلة الطفل وفهمها.

ولا شك ان تقبلكما كوالدين لوضع طفلكما على انه يختلف عن باقي الاطفال او ان اضطرابا يعتريه ليس سهلا. ولا شك ان ما تعانيانه من اضطرابات طفلكما جعلكما

تجربان او انكما تعيشان الان تجربة يحف بها الالم والحزن، يشبه الى حد ما، حزنكما على وفاة غال من عائلتكما، ورد الفعل هذا طبيعي. مبدئيا، سوف ينتابكما الخوف من فكرة ان عليكما الاستسلام للتخلي عن جانب ما من طفلكما أو على الاقل عن جزء من طموحكما فيه. وعندما يتم دراسة احاسيس ورد فعل الاهل بهذا الخصوص، انصح بعدم الانزعاج لان هذه الاحاسيس ليست طبيعية فقط بل متوقعة.

سوف نلقي نظرة على عدد من المشكلات التي تزيد من اجهاد وضغوط مشكلة اساسية معينة يعيشها الاهل. فان لاحظت ان واحدة من تلك المشكلات تشكل مشكلة خطيرة في عائلتك، فانني انصح فورا بمراجعة طبيب العائلة او اي اختصاصي في الصحة النفسية. وفوق هذا كله، لا تخجل من طرح نقاش بعض الاحاسيس التي تعيشها وقد تشهر انها "انانية" أو انها "غير ذات قيمة" لك، حيث ان هذه المشكلات واقعية واحاسيسك حقيقية. عليك النظر الى هذا الموضوع برحابة صدر وشمولية والتعامل معه من هذا المنطلق. ولن يزيد انكارها او العناد في عدم الاعتراف بوجودها، الا سوءا وتعقيدا لها.

وقد عاينت حديثا طفلا يبلغ من العمر عشر سنوات، يشكل سلوكه مشكلة عائلية حقيقية. وعندما التقيت بوالديه لأراجع معهما انطباعاتي عنه واقتراحاتي، بادرت الى القول "هل تعرفان! اكره قول ذلك، ولكنني اقول لكما بصدق انه لو كان هذا الطفل طفلي، بعد ان عرفته وخبرته، لكنت قد قتلته!" وعندها اغرورقت عينا الوالدة بالدموع وشعرت بالراحة كونها التقت شخصا آخر غيرها يمكن لطفلها ان يجعله غاضبا حانقا كما يفعل بها شخصيا.

❖ ردود الفعل الطبيعية للوالدين ❖

بالاضافة الى كون الوالديان اما وابا، هما في الوقت نفسه بشر لهما احاسيسهما وافكارهما، ويرتبطان عادة بعلاقات حميمة ومريحة مع أشخاص وزملاء اخرين. تلك العلاقات سوف تهتز ويعكر صفوها الاجهاد والضغوطات والخوف والقلق الذي يعيشانه جراء اصابة طفلهما بمثل تلك الاضطرابات، والتي غالبا تأتي دون ان يحسب حسابها او يتهيأ لها أحد. ويلقي رد فعل الوالدين تجاه هذه المشكلة بظلاله المتعبة على نفسية الوالدين كل على حده وعليهما كزوجين في آن واحد.

وليس هناك وقت يتعاظم فيه الاجهاد والضغط على الوالدين مثل لحظة قبول التشخيص، عندها يشعران بمشاعر الحزن والخوف والاضطراب والغضب والاحساس

بالذنب والخجل، كلها في آن واحد. لا يمكن لأي كان وصف ما يدور في خلد الوالدين من افكار لدى عودتهما من عيادة الطبيب أو المدرسة بعيد انتهاء الجلسة الاولى للتداول بشأن اضطرابات ولدهما. وعليه فلا يمكن لأي اختصاصي يمتلك حسا مرهفا ان يعرض حالة اي طفل على والديه دون أن يأخذ بعين الاعتبار احاسيسهما وعواطفهما وضرورة اختتام مفاتحته لهما بتعابير ايجابية مشجعة كقوله "وفي ما يلي الاجراءات التي علينا القيام بها لحل تلك المشكلة".

وللأسف فليس كل الاختصاصيين المعالجين يدركون هذا، حيث نرى بعضهم يرشق الوالدين بتعبيرات وعناوين محيرة ومرعبة عن حالة طفلهما التي يلخصها بقوله "ان طفلكما عاجز!" ويخرجان من عيادته دون أمل ويكتنفهما القلق والقهر. والشيء نفسه قد يحدث فيما لو راجعا عيادة الطبيت الذي قد يقول انه سوف يخضع طفلهما لعلاج اكلينيكي، دون ان يقوم بمهمة شرح ماهية الدواء وما هي نتائجه وما هي مضاعفاته وكيفية عمله وتأثيره على الطفل ومدى سلامته وما الى ذلك. وقد لا يقوم بشرح اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وما هو سبب وصف الدواء للمصاب بها. وقد يخرجان من عيادته مصابين بالقلق أيضا والخوف من انهما قد يعمدان، عن طريق اعطاء طفلهما هذا الدواء، الى حقنه بالمخدرات.

الانكار:

مع باقي العوامل المؤلمة التي تلعب دورها في رد فعل الوالدين الاولي على اخطارهما باصابة طفلهما باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط مع احتمال اصابته بعجز عن التعلم، فان اول هذه الردود الانكار وعدم تصديق بوجود الاضطرابات "لا يمكن أن يكون هذا صحيحا... لا شك ان الطبيب مخطئ... لم تتح له فرصة رؤية طفلنا سوى لساعة فقط... لا يمكنني تصديق ذلك".

وبعضهما قد يعمد الى استشارة طبيب آخر، وهذا ممكن ان يفيد ولكن ليس في حال تعمد البحث عن تقييم آخر يتطابق مع ما يريدان سماعه وليس مع الحقيقة كما هي، حيث ان ذلك لن يفيد الطفل بشيء.

الشكل الآخر من أشكال الانكار هو أسلوب "التستر" واخفاء الوقائع. فقد يقوم أحد الزوجين، وغالبا ما تكون الام، بغية "حماية" زوجها باخفاء الحقيقة عنه أو التقليل من شأنها. وقد تنجح في اخفاء خضوع طفلها لبرامج تعليمية خاصة أو برامج علاجية في المدرسة، الا ان المحزن ان أحد الطرفين (وهو غالبا الاب) الذي لا علم له بمصاعب

طفله، غالبا ما يبني آمالا واحلاما وتوقعات على ذلك الطفل، الذي يعجز في الحقيقة عن الايفاء بها. ولهذا التستر مفعوله السلبي على الطفل أيضا، اذ يدرك انه ليس الا تعبيرا عن عدم مقدرة الوالدين (أو أحدهما) على تقبله كما هو، وهذا ما يجعله حزينا غاضبا، ويقود الى عدم الرضا عن الذات حيث يشعر انه غير مقبول من والديه.

بعد الانكار:

عندما يتمكن الوالدان من "اقرار" المشكلة فعلا، قد يشعر أحدهما بالحزن والقلق واليأس ويتساءل "كيف يمكن ان يحصل لي هذا؟ لماذا أنا بالذات؟ ماذا أفعل؟". وغالبا ما يتم العثور على تفسيرات مساعدة لشعور اليأس. ويمكن التحكم وتجاوز هذا الشعور اذا تم، الى حد ما، بالعثور على سبب ما يلقى باللوم عليه. فالغضب مثلا من احتمال ان يكون شخص ما هو السبب في وجود هذه الاضطرابات، أمر شائع. وشعور الوالدين بأنه قد يكون أحدهما السبب يقود الى الشعور بالذنب والغضب أيضا. ولنلقي في ما يلي نظرة على بعض هذه الاحاسيس وردود الفعل.

الغضب:

غالبا ما يعقب مرحلة الانكار احساس الوالدين بالغضب. وقد يوجه احدهما غضبه الى ذاته أو يصبه باللوم على الآخر أو على أي فرد من خارج البيت. ولدى معرفة الوالدين عن "عجز" ولدهما فانه من الطبيعي ان يعتريهما شعور الغضب وتساؤلات مثل: "لماذا أنا؟ كيف يمكن للرب أن يفعل ذلك بي؟" أو "كيف يمكنني فعل ذلك؟" أو "كيف يمكنك فعل ذلك؟" أو "كان من المفروض أن لا ننجب طفلا على الاطلاق." وقد يوجه اللوم الى أفراد خارج الاسرة، والذي سوف نناقشه لاحقا.

الشعور بالذنب:

قد يوجه احد الوالدين غضبه نحو نفسه، ويكون بذلك قد وجه الغضب ضد نفسه أكثر ما هو ضد المشكلة بحد ذاتها. وكثيرا ما يرافق هذا شعور بالاكتئاب، وأحيانا شعور بالذنب. والحقيقة هناك خيط رفيع جدا بين التساؤل "كيف يمكنني فعل ذلك؟" وبين "انها غلطتي". وقد يؤنب احد الوالدين نفسه قائلا: "ان الله يعاقبنني لأنني..." أو "لم أتبع نصيحة طبيبي" أو "لقد بليت بهذا العبء كي أعرف ما أستحق" وبعض الوالدين قد يشعر بالذنب لما قام به من قسوة وعقوبة بحق طفله نتيجة سلوكه قبل أن يعرف الاسباب الكامنة وراء قيام الطفل بذلك السلوك.

وكما ذكر أعلاه فان شعور بعض الناس بالذنب أو الاكتئاب أو كليهما يقودهم الى

محاولة خلق أي وسيلة للتحكم والتغلب على هذا الشعور النابع من مشكلة يدركون أنها أساسا ميؤوس منها أو ان زمام التحكم بها ليس بأيديهم. فان استطاع احدهم اعتبار نفسه هو السبب فان ذلك يساعده على قهر الحالة من خلال ايجاد شرح، ولو انه غير صحيح، لسبب وجودها. و"منطق" ذلك أنه، اذا كان السبب فعلا خطأ من فعل كذا أو فلان وتم لاحقا تفادي هذا الخطأ، فان تلك المشكلة لن تحدث مرة ثانية.

وكما ينصرف الطفل الذي يعاني من الاكتئاب ويبتعد عن الناس، كذلك يحدث للوالدين اللذين يصابان باكتئاب نتيجة اصابة طفلهما باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. واذا سمح لهذا الاكتئاب بالاستمرار فانه قد يؤدي الى ابتعاد الوالدين عن طفلهما أو عن بعضهما البعض أو عن باقي افراد العائلة، في وقت هو جميعا بأمس الحاجة للوقوف معا.

وان كان الغضب قد صب مبدئيا على أسباب مصدرها خارج الاسرة، فان الاهل سوف يدخلون في معمعة نقاش طويلة يلقون بتعابير اللوم فيها على فلان أو هذا المكان أو ذاك الظرف. وكما هو رد فعل الشعور بالذنب، فانه من خلال القاء اللوم على كذا أو فلان يخفف كثيرا من الشعور باليأس والاضطراب. قد يلقون اللوم على طبيب العائلة "لم أصل الى المستشفى في الوقت اللازم" أو "قلت لها أنني على وشك أن أضع مولودي، ولم تصدقني وقد كدت أضع في السيارة" أو "لو أن طبيب طفلي جاء فورا لمعالجته في البيت بدلا من وصف العلاج له عن طريق الهاتف، لما عانى من ارتفاع في حرارته". وقد يذهب بعضهم الى تعميم اللوم على كل الاختصاصيين الذين عالجوا طفلهم، والذين يصبحون بنظرهم "فاشلين غير كفوئين وغير مؤهلين..." و"دجالين". أو قد يقول الوالدان "انها غلطة مدرسة" "انها لا تعدو مدرسة تافهة عديمة الخبرة!" أو "انه استاذ عجوز قاس من الطراز القديم". ويكون اولئك الناس، الاطباء والمدرسون أو أي كان، الوعاء الاصم الذي يصب فيه الوالدان جام غضبهما. ويجبران الطفل على عدم نسيان اولئك الناس. وتصرف كهذا يجعل الطفل يقلل من قيمة هؤلاء الناس ومن احترامه لهم، وهم بالطبع أهم الناس الذين يستطيعون تلبية حاجة الطفل في حال لجوئه اليهم ان كان للمساعدة أو لبعث الامل فيه. ويعمد بعض الوالدين، بغية اخماد غضبه أو حاجته لوضع اللوم على اي كان، الى المبالغة في أساليب فرض الحماية على طفلهم. ومن الطبيعي جدا انه اول ما يقوم به الوالدان في حال تعرض طفلهما لأذية أو ازعاج من مصدر ما، هو الاسراع فورا لبسط حمايتهما ووقايتهما له، وهذا ضروري ومفيد. الا ان هدف الوالدين يجب أن يكون دائما حماية طفلهما عندما يحتاج فقط لهذه الحماية،

وان يشجعانه على النمو والترعرع في البيئة الذي لا يحتاج فيها الى حماية، ولو ان هذا قد يكون مؤلما لهما. ان الحماية المبالغ بها تغطي الطفل وتغطي مكامن ضعفه أيضا لكنها تشكل عاملا مساعدا لاضعاف مكامن القوة فيه. ولا تبقى العناية المبالغ بها على الطفل في وضع غير ناضج فحسب بل انها فوق هذا تجعله يشعر بأنه عاجز وقاصر. ان هذا الطفل يفهم تماما ما يجري حوله؛ ويتساءل: لماذا توزع على كل فرد من أفراد العائلة مهمة روتينية معينة يومية ويستثنى هو؟ لماذا يقوم كل فرد من أفراد العائلة بمهمة ما بعد تناول الطعام ويستثنى هو؟ وقد يخرج بنتيجة مفادها ما يؤكد شعوره بالعجز: "هل ترى، انهم يوافقونني الرأي في انني عاجز عن القيام بأي شيء". صحيح ان مثل ذلك الطفل قد يعاني من صعوبة في التنسيق أو الانتباه أو التركيز في أداء مهمة ما، أو غير ذلك، لكنه بالتأكيد طفل حساس مثلك أو أكثر.

والحقيقة ان معظم الوالدين يتمكنان من التعامل مع كل أوجه تلك الاحاسيس الطبيعية، الغضب والانكار بوجود الاضطرابات والشعور بالذنب، بنجاح. وهما عندما يحققان ذلك يصبحان تدريجيا أهم سند لطفلهما ويحشدان طاقتيهما في أساليب علاجية ناجعة.

❖ ردود الفعل المرضية للوالدين ❖

النكران المزمن:

يعاند بعض الوالدين حقيقة وجود الاضطرابات في طفليهما ويصران على نكرانها ورفضها، ويتابعان "تسوق" العلاج من طبيب الى آخر، آملين ان يتوصلا الى علاج سحري أو مقولة مخففة من طبيب مفادها "ان طفلهما لا يعاني من أي اضطراب ولا خطأ فيه". ويعمد مثل أولئك الوالدين على غمر الطبيب الجديد بعبارات المديح والترحاب والاطراء، مقابل شن هجوم وانتقاد عنيفين على كافة الاطباء والاختصاصيين في الصحة النفسية والمدرسين الذين عاينوا طفلهما سابقا وتم رفض رأيهم وتشخيصهم. وسرعان ما يرفض هذا "البطل" الاخير ويتعرض لهجومهما هو الآخر، عندما يكتشفان ان اكتئابهما يزداد وانه لا علاج مفيد تم وصفه لحالة طفلهما. وغالبا ما يقع مثل اولئك الوالدين فريسة وضحية بعض الناس الذين يستغلون محن ومصائب الاخرين. من جهة أخرى فان الوقت الذي يضيع في عملية "التسوق" عن أطباء هنا وهناك يحرم الطفل من فرصة استغلال هذا الوقت في اخضاعه لبرنامج علاجي بناء ومفيد وضروري. كما ان لهذا التسوق عواقب سيئة أخرى، اذ عندما يفشل كل "مختص

مسؤول" عن وضع حل لتلك المشكلة ويفتش بسببها الوالدان عن آخر، تكون النتيجة تهميش قيمة هؤلاء المختصين وترك الانطباع بعدم كفاءتهم الامر الذي يؤدي الى فقدان ثقة الطفل بهم وبقدرتهم.

وتوافر هذه الثقة مهم جدا لمن يسعى لامتلاك الأمل الذي بدوره يقوده الى التغلب على مشكلات هذا الاضطراب. وكما ذكرت سابقا فإن الطفل يشعر بأن حاله غير مرغوبة وغير مقبولة وان والديه يفتشان هنا وهناك عن أي شخص يقول لهما أنه طبيعي كي يتم قبوله. وهو يسمع ويفهم ما يدور حوله، ولذلك يكون رد فعله الغضب والخجل والشعور بالنقص.

الغضب المزمن:

إذا سمح الوالدان لغضبهما بالاستمرار فان ذلك قد يجعلهما مستمرين في التأثير به. وعندها كل شيء في حياتهما سوف يتعسر. هناك دائما أشخاص يقترفون الخطأ حسب نظرهما، فمثلا تسمعهما يقولان للطبيب أو المختص: "كيف يمكن لك أن تفشل في مساعدة طفلنا حتى الآن، رغم ما أنفقناه من أموال وضيعناه من وقت؟" ولطفلهما: "كيف يمكن لك أن تعجز عن التعلّم رغم ما بذلناه من جهد؟". وهكذا يجعلان حياتهما تعيسة ويجعلان من تعاون المختصين معهما أمرا مستحيلا ومن حياة طفلهما معهما أمرا مستحيلا أيضا.

الشعور المزمن بالذنب:

عندما يعتمد أحد الوالدين أسلوب التطرف في تكريس حياته للعناية بطفله، كنوع من التعامل مع شعوره بالذنب، يصبح عرضة لحالة من الغضب والفيظ الدفين. فهو أمام الملأ يظهر أقصى حالات التكريس والعناية والتضحية لطفله "أن أي عمل أو مهمة أو نفقات تصغر قيمتها أمام مساعدة طفلي"، وعندما يخلد لنفسه وراء الستار يظهر حنقه وغيظه من القيام بكل هذه الأمور على حساب أمور أخرى عليه التخلي عنها. وأحيانا تصبح صنعته المتقنة هي تكرار ذكر ما يقوم به من تضحيات وعذاب وآلام في سبيل طفله، حيث لا يترك مجالا لأحد أن ينسى ولو للحظة ما يقاسيه أو نكران الذات التي يعيشها في سبيل الشأن. وقد يبدو ظاهر هذا التصرف طيبا جميلا ويستحق التقدير، الاّ ان الطفل سوف يفهم الرسالة المؤلمة المريرة الموازية لهذا العطاء والمتمثلة بأن عليه أن يفهم "انظر كم من جهد نقوم به من أجلك وكم نضحي دون اعتراف منك بهذا ولا تقدير، فوق هذا فأنت طفل لا تنفع لشيء ولا قيمة لك ولا تستحق العيش

معنا، وأنت رغم هذا كله عديم التقدير!".

بعض الوالدين قد ينسحب تماما من كل الأنشطة الإجتماعية الأخرى أو العائلية ويلتفت كليا لتكريس حياته للاهتمام بطفله. وبعضهم يبالغ في بذل العناية والجهد لدرجة أنه يستنفذ كافة طاقاته ولايبقى منها شيئا لباقي أفراد العائلة (باقي الأولاد أو الزوج أو الزوجة). ولكي يقوم بالإهتمام بذلك الطفل وتلبية حاجاته يصبح تحت ضغط ملحّ وعبء ثقيل للتمزق الذي يعيشه والقلق من امكانية التنسيق بين تلبية حاجات ومتطلبات باقي أطفال العائلة من جهة والواجبات الاجتماعية من جهة ثانية والابقاء على العلاقات الوثيقة مع الزوج أو الزوجة من جهة ثالثة. وتكون النتيجة للأسف عائلة تعاني من خلل في أداء وظائفها وربما زواجا متوترا. ومرة أخرى نلاحظ في مثل هكذا حالة أن أمور الغضب لا تناقش علنا وبصراحة بين الوالدين بل تبقى منصبة على الطفل الذي يعتبر سببا وحيدا لما يحدث في العائلة.

وقد يغدو الاحسان الطبيعي برعاية الطفل المصاب باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط عند بعض الوالدين نمطا حياتيا، الامر الذي يلقي بآثاره السلبية على نموهما وعلى نمو الطفل أيضا. بالنسبة للطفل يزداد شعوره بتدني قيمته، وتحت هذه الظروف فان امكانية تأخر بلوغ الطفل، الجسدي والعقلي، تصبح واردة جدا. وقد ينشأ الافراط في الرعاية بالطفل المصاب عن محاولة الوالدين اخفاء شعورهما بالتقصير كشخص وكوالدين في آن واحد. واذا كان أحد الوالدين (أو الوالدين معا) يعاني من ضعف في شخصيته وتدني الاحساس بالقيمة الذاتية، فان هذا التصرف يفيد هذا الشعور من خلال الاحساس بأنه مصدر حاجة للآخرين وان شخصا ما في هذا الكون يتكل عليه اتكالا كاملا و "أنه يصبح كل ما يملكه هذا الطفل في الكون". وعندما يقود قصور الطفل وعدم نضوجه واحساسه بعدم الكفاءة الى الفشل، فان رد الفعل الطبيعي سيكون ارتداده الى بيته وانزوائه فيه. في المقابل، يظن الوالدان اللذان يعتمدان اسلوب فرط الرعاية، ان الحال التي يعيشها طفلهما تبرر زيادة رعايتهما لا بل تستدعيها. وهنا تبدأ هذه الدوامة من التراجع والفشل والقصور في العائلة كلها، الطفل يزداد قصوره وضعفه وتراجع بلوغه وزيادة اتكاله على أهله واحساسه بأنه لا يمكن له الاستمرار من دونهم، والأهل يؤكدون انطباعهم بأنه من دونهم لا يمكن للطفل أن يعيش.

❖ تلخيص ❖

من المتوقع أن الوالدين يمران بتجربة طبيعية من الاحاسيس المتمثلة بالغضب والانكار

لوجود الاضطرابات والاحساس بالذنب حال معرفتهما باصابة طفلهما باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط الاّ انه من غير الطبيعي استمرار هذه الاحاسيس وبلوغها شكلا مرضيا. فإذا شعرت انك تعاني، أنت أو زوجك، من هذا التصرف بشكل تشك انه أصبح مزمنا، يستحسن مراجعة اخصائي للمساعدة حيث ان مثل هذه الحالات يمكن التعامل معها بسهولة. وهذه المساعدة سوف تجعلك تقوم بواجباتك وتؤدي مهماتك بشكل أحسن وسوف تريحك، وهي بالتأكيد سوف تساعد طفلك.

❖ ردود فعل الاخوة ❖

كما ذكرنا سابقا، فان الوالدين اللذين يشكان باصابة طفلهما باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط يشرعان بعرضه على أكثر من أخصائي، الى أن يقوم أحد هؤلاء الاخصائيين بشرح المشكلة لهما والمطلوب قيامه حيالها. والى حد ما قد يجلس الاخصائي مع الوالدين ويشرح لهما ما الذي تم اكتشافه بالنسبة لحالة الطفل، وأحيانا، ولكن ليس دائما، قد يجلس مع الطفل أو المراهق ويشرح له مشكلته وكيفية وسبب العلاج. أما بالنسبة للأخوة والأخوات فلم يحدث أن جلس هذا الاخصائي مع أحدهم وقام بشرح مشكلة أخيهم أو اختهم لهم. مع العلم أنهم بحاجة لمعرفة ذلك كونهم جزءا من العائلة فإذا جهل الأخوة والأخوات بالأمر فما الذي سيفعلونه وكيف سيكون رد فعلهم؟

قد يزيد رد فعل الاخوة والاخوات الامر سوءا. ويتمتع الطفل الذي يعاني من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط أو احتمال معاناته من عجز عن التعلّم، بمقدرة ممتازة على وضع الوالدين في حالة احباط وحنق. والأطفال الباقون يمتلكهم الغضب والاحباط أيضا. فان عمدوا الى الصراخ أو بكوا أو تملكهم الغضب أو ضربوا، تقع بحقهم العقوبات ويطلب منهم عدم القيام بمثل هذه التصرفات. وهم بشر مثلك، ويمتلكون الشعور والاحاسيس نفسها، ولا يمكن لأحد أن يحرمهم منها أو الكف عن حملها. وهم يعانون من الصعوبات نفسها التي تعاني منها أنت لاخفاء تلك المشاعر والاحاسيس الغاضبة المحبطة. ولا يمكن ان يمنعوا من التصرف بمثل هذه الحالات كتصرف الوالدين، بل عليك فهم أن لهم احاسيس طبيعية ومتوقعة حيال هذا الأمر، وعليك بالتالي مساعدتهم وارشادهم الى الطريقة المثلى والمقبولة للتعبير عن تلك الاحاسيس، اذا لم يكن بمقدورهم التصرف كوالديهم.

من ناحية ثانية، اذا اختلف الوالدان فيما بينهما حول أسلوب التنشئة ودور كل منهما، سوف يزداد النزاع والجفوة بين الطفل المصاب وباقي أطفال العائلة ويقود الى

نزاع خطير بين الوالدين. وسوف تكون الحال أسوأ لو أن الوالدين مطلقان حيث يتنقل الطفل بين بيئتي عائلتي المطلقين المختلفتين.

وقد يعيش باقي الاخوة في العائلة صراعا مريرا مع الكثير من الصعوبات التي تعتري مشاعرهم جرّاء عيشهم ومحاولتهم التعامل مع أخيهم المصاب باضطرابات. دعوني أسرد لكم أدناه بعضا من ردود فعل مثل أولئك الاطفال أو المراهقين:

القلق:

يصاب بعض الاطفال بقلق شديد، خاصة في العائلات التي تحاول اخفاء حقيقة اصابة الطفل أو تفشل في اخفائها تماما. فمثلا اذا سأل الاطفال: "ما به جيمي؟" قد يجيب الوالدين: "لاشيء مهم ، لا بأس." وهذا يترك هؤلاء الأطفال بقلق وخوف، فهم يرون أهلهم يأخذون "جيمي" من مكان الى مكان، ويسمعون عبارة "اصابة مخية" أو "كيف يمكن لنا تأمين المال اللازم لكل هذا". وهم يلاحظون ان اختهم أو اخاهم يتناول الدواء ولكنهم لا يعرفون لماذا. يلاحظون أن والديهم حزينان أو تترقرق الدموع في مقلتيهما أو يتملكهما الغضب. يشعرون أن أمرا غير سليم ينتاب العائلة لكنهم لا يعرفون شيئا عنه، وهم لهذا السبب سرعان ما تأخذهم مخيلتهم الى البعيد لتتراءى أمامهم احتمالات هي اسوأ طبعا من واقع الأمر. وقد سمعت كثيرا من الاخوات والاخوة يقولون "هل سيموت؟" أو "هل سأصاب أنا بالشيء نفسه؟" لو "اذا كان الامر ليس بهذه الاهمية فلماذا الهمس وطلب السكوت. وعليه فان من حقهم معرفة ما يجري ووضعهم في صورة واضحة من كل الحقائق التي هم بحاجة لمعرفتها.

الغضب:

قد يعتري الاخوات والأخوة الغضب وتكون النتيجة نزاعا بينهم وبين الطفل المصاب أو بينهم وبين الوالدين. وفي حال ازدواجية المعاملة فقد يلاحظون ذلك ويبدأ احتجاجهم: "لماذا عليّ ترتيب سريري بينما لا يفعل هو ذلك؟" أو "كسر لعبتي ولم تفعلي شيئا بحقه" أو "لماذا أعاقب عندما اقترف خطأ ما بينما يطلب مني أن أكون متفهما أكثر عندما يفعل هو الشيء نفسه؟". وقد يثير الوقت الطويل الذي يصرفه الوالدان للعناية بالطفل المصاب غيرة باقي الاطفال. فأخذ الطفل المصاب الى الطبيب أو الى استاذ خصوصي أو برامج تعليمية خاصة قد تترك طاقة قصيرة للعناية بباقي الأطفال. ولأن حاجته لمساعدة الاخرين في انجاز واجباته ملحّة فان ذلك يستدعي قضاء وقت طويل معه وترك وقت قصير لمساعدة الاخرين في انجاز واجباتهم. ولأن

أموالا كثيرة تتطلبها مشكلته فان ذلك يقود الى حرمان باقي افراد العائلة من التمتع بالنزهات الترفيهية. ولذلك لا يمكن وضع اللوم على هؤلاء الأطفال أن هم اشتكوا.

وأكثر من هذا، لاشك أن هؤلاء الأطفال سوف يتحملون بعض الازعاجات في المدرسة. فقد يقول احد الطلاب لهم: "هيه، أين اخوك المتشنج" أو "حقا ان اختك تتصرف بشكل مضحك، هل تعاني من تخلف عقلي؟". أي شخص قد يشعر بالاحراج ويغضب بالتالي من هذه التعليقات، خاصة الاطفال. وهم، أي هؤلاء الاطفال، لا يشعرون بالطمأنينة في بيوتهم، حيث يصرّ والداهم على السماح للطفل المصاب بمشاركتهم اللعب مع أصحابهم الذين يزورونهم، الامر الذي يسبب لهم الاحراج جرّاء تصرفه السخيف أو المضحك. وقد يتوقف اولادك عن دعوة اصحابهم الى البيت خوفا مما قد يقوم به اخوهم المريض من تصرف يحرجهم. وبعضهم يسعى جاهدا لقضاء جلّ وقته عند اصحابه وعدم المجيء الى البيت.

الشعور بالذنب:

وقد يشعر الاخوات والاخوة بالذنب أيضا، وبشكل خاص حول غضبهم الذي يقابل بعبارات من أهلهم مثل: "ليس بمقدوره تفادي ما يفعله" أو "الحق ليس عليه" وهذه بالطبع اشارة ليست سهلة على أطفال لم يكتسبوا بعد منظورا ورؤيا واقعية للحياة. وقد يقول واحدهم في خلده" اشكر الله أنه هو ولست أنا" مما يجعل الاخوة يشعرون بالذنب أو الخجل من التفكير بمثل تلك الافكار.

اظهار النزعات المكبوتة:

وبسبب الشعور بالغضب والذنب، فان بعض الاطفال قد يعمد الى اظهار نزعته المكبوته عن طريق ازعاج الطفل المصاب. قد يزعجونه ويستفزونه لدفعه القيام بتصرفات سخيفة، وقد يقومون هم بهذه التصرفات ويلقونها عليه من خلال ترتيب شرك له ليكون كبش الفداء. ولأنهم مغتاظون ومحبطون وممنوع عليهم الافصاح عن مشاعرهم هذه، فهم يقومون بمثل هذه الاعمال. وعندما يقوم الوالدان بمعاقبة الطفل المصاب على قيامه بمثل تلك الأعمال، يشعر باقي الأطفال بأنهم انتقموا لأنفسهم منه. وقد يضعون له شركا ما ليقوم بأعمال سخيفة تشفي غليلهم من حيث احساسهم انه كلما بدا هذا الطفل سيّئا في نظر أهله كلما ظهروا هم الأفضل.

اخفاء النجاح:

وقد يؤثر الأخوة والأخوات الذين يتمتعون بحالة صحية سليمة، سلبا على الطفل

المصاب، اذ يبدو أن معضلة ذلك الطفل تتمثل في ملاحظته أن اخوته الأصغر منه سنا ليسوا فقط فوق المستوى الجيّد ويتمتعون ببهجة بل هم ناضجون قبل أوانهم، ويسبقونه دائما في المدرسة وفي تكوين العلاقات الاجتماعية. لا شك ان هذا مؤلم بالنسبة له، الاّ ان العدل والانصاف بحق باقي الاطفال يتطلب تشجيعهم ودفعهم للمثابرة في هذا النجاح والعطاء. انهم يستحقون التشجيع والجوائز. لا تحاول التقليل من مدائحك أو تقديرك لما يقومون به خوفا من جرح شعور الطفل المصاب، اذ عليه أن يتعلّم كيفية التغلب على هذه المشكلة.

❖ تلخيص ❖

ليس بالامكان الحيلولة دون ظهور بعض هذه الاحاسيس الى السطح ضمن افراد عائلتك. تذكر ان أيّا من أطفالك لم يولد محمّلا بشعور نكران الذات أو الغيرة أو الاحسان. فوق هذا فان هذه الاحاسيس، ان بقيت ضمن الحد المعقول لها، هي طبيعية ويمكن التعامل معها بسهولة. وكلما كنت على بينة والمام كامل بطريقة سلوكك وتصرفك وتفادي ازدواجية معاملتك مع كل اطفالك وعدم توقع قيام اطفالك بما فوق طاقتهم، كلما كانت المشكلات أقل. والطريقة الوحيدة لتفادي الاسوأ فيما يتعلق بحالات الغضب عند اطفالك هو اعطاؤهم الحقائق كلها. ومنحهم الثقة في أنه لا ضير من مناقشة ما يحسونه وما يفكرون به معك، واخيرا الاجابة عن كافة اسئلتهم بمنطقية وصدق. صحيح أن ذلك لن يكون سهلا، ولكن يجب أن لاتنسوا انكم أهله أيضا.

في الفصل الثاني عشر، سوف تتم مناقشة بعض التصرفات غير المقبولة وكيفية التعامل معها. فإذا احسست انك تعاني من مشكلة ما، أو أن عائلتك لاتقوم بمهماتها وأعمالها كما يجب، لا تتردد في مراجعة اختصاصي في هذا الشأن.

❖ مثال على ردود فعل الوالدين ❖

(حالة داني)

كان عمر داني ثلاث سنوات عندما شاهدته لأول مرة لتقييم حالته. وقد تابعت تحسنها وتعاونت مع والديه في هذا الشأن بين الحين والاخر وذلك لفترة استمرت عشر سنوات. ولازلت على اتصال مع اسرته. بعد جلسة التقويم الاولى بفترة قصيرة، بدأت والدته تكتب مذكراتها محاولة تدوين تجربتها مع طفلها منذ ولادته. وقد اقتبست من مذكراتها بعض المقتطفات. وكم ستتأثر مما ورد في تلك المذكرات من صراحة وصدق. وقد تشاركها ذرف الدموع والالم.

فترة الحمل:

جاء حملها بداني بعد انجابها طفلين، يبلغ الاول اربع سنوات والثاني سنتين، دون أي مضاعفات. وقد عكست تعليقاتها في مذكراتها الترقبات التي يعيشها كل زوجين للترحاب بوليدهما الجديد:

"الصبي الثالث؟ يالها من متعة. يالها من بهجة ويا له من كبرياء للأب. ويا لها من متعة للمرأة الوحيدة، الملكة في بيت مملوء بالرجال الرائعين للصبيين الاولين عيون غامقة وشعر غامق، كأمي وأبي. الثالث فريد بلون عينيه الازرق وشعره الاجعد الاشقر. قالت جدتي انه عندما كوّن كان تكوينه على أساس أنه سيولد بنتا، والجميع وافقها. وقالوا لي "اذا كان لابد لك أن تتجبي الطفل الثالث ذكرا، فعلى الاقل جاء مختلفا" ولم نكن نتوقع الى أي درجة كان مختلفا حقا.

ان داني يتمتع بحسنات ترتيبه الطفل الثالث، حيث ان القلق والخوف من العناية بالطفل قد تبددا. ولم يعد هناك رعب اذا ما بكي الطفل دون سبب، وليس هناك من فرك للكفين رعبا وحيرة لدى أول اشارة لاصابة الطفل ببرد أو اسهال. أم هادئة رابطة الجأش، تمسك طفلها الأصغر بيمينها وتفتح باب السيارة بيسارها وتنبّه الطفل الأكبر بأن ينظر يمينا ويسارا قبل اجتيازه الشارع راكبا دراجته. وهذا الخليط من الام الواثقة بنفسها مع الجو المفعم بالحيوية والمحاط بالحوافز جمّعت كلها لاسعاد هذا الطفل الثالث وجعله يتمتع بأسباب الراحة دون ضغط أو توتر كتلك التي تحملها الاثنان قبله. "سوف يكون طفلك الثالث هو الاسهل" هكذا قال لي طبيب الاطفال.

الولادة والسنة الاولى من حياة داني:

كانت ولادة داني طبيعية دون صعوبات تذكر. وكذلك كانت فحوصاته التي سبقت خروج الأم من المستشفى. آلاّ انها، على أي حال، لاحظت فورا انه يختلف عن طفليها السابقين. نزق، عصبي، مفرط في حركته، وعاجز عن التركيز. كان اطعامه صعبا ومرافقا للتقيؤ. عالجه طبيبه من مشكلة المغص. بالاضافة الى ذلك فقد عانى داني من مشكلة النوم، اذ لم يكن ينام لأكثر من ثلاث أو اربع ساعات. وغالبا ما كان يبكي ويتقلب في فراشه من نصف ساعة الى ساعة. وكان احتضانه وحمله لايفيدان. الى جانب هذا فقد تمّ بصورة مبكرة، اقرار وجود علامات لمشكلات في جهازه العصبي. وقد كان جلده مفرط الحساسية أيضا. وقد استمر يظهر انعكاس رقبته التوتري الى ما بعد الاسابيع الاولى من حياته، حيث كان عندما يدير رأسه الى جهة ما، يرفع ذراعه المواجهة له دائما.

وقد شعرت الام ان ولدها يكرهها من البداية. اذ كانت كلما حملته ينفجر باكيا، وكلما زادت مداعبتها له زاد بكاؤه (حساسية اللمس). وعندما تدير رأسه باتجاه حلمتيها، يدفعها بعيدا عنه (انعكاس الرقبة التوتري). كانت تشعر باليأس، والاضطراب والغضب والذنب. لم تكن تفهم السبب من وراء ذلك، فأخذت تلوم نفسها:

"حسنا، لماذا هذا البكاء المستمر! لماذا يتلوّى بين ذراعيّ وكأنه ينزف تطلعا الى فك قيده ليلوذ بالامان في سريره! ماهذا التقيؤ اللامنتهي، قبل وأثناء وبعد كل وجبة! لماذا لايظهر اية متعة عندما يكون محاطا بلعبه كما كان يفعل اخواه! أين هدهدته وهديله ومناغاته! أين هي ملامح المتعة والهدوء والسعادة والراحة التي كان من المفروض أن ترافق مجيء هذا الطفل الثالث!

مع نهاية السنة الأولى من عمر داني، راجعت في ذهني كل تلك التعابير التي انصبت حول: الروتين السهل في تربية الطفل الثالث، والمتعة التي سوف أذوقها من خلاله، وفكرة "أنه الأخير، فاشبعي منه احتضانا ومذاقا" وغير ذلك، وغدت كلها ضربا من الافكار الحمقاء. وكل ما خرجت به ألما دفينا محفورا في أحشائي. لماذا لا اراه متعة لي! لماذا لا يقابلني حبا بحب! لماذا لا يأخذ ولا يعطي! بكاؤه المستمر ونحيبه واستياؤه وما يبدو أنه ألم جعلني أقتنع أنه يعاني من وجع ما. تساؤلي هذا مع تقيئه الدائم دفعاني لمراجعة طبيبه الذي أكد لي أنه لا بأس بصحته ولا يعاني من أي مرض وعليّ أن ارتاح واهدأ. كلامه مع شيء من التعاطف معي، كان مفروضا أن يجلب لي بعض الراحة.

لكن الالم المحفور في احشائي وعقلي وقلبي استمر. لماذا أشعر بالراحة عندما يخلد داني الى النوم! لماذا أشعر بالنقص عندما يكون موجودا وبالكمال والتماسك عندما يكون غائبا!

وأخذ استنتاجي ينمو في أن الخطأ فيّ أنا وأنني السبب في كل هذا النزاع الشخصي. لكن هذا الاحساس أوقعني في حيرة من أمري؛ فلو كنت أنا السبب لماذا اذن لم أكن أشعر بالذنب في علاقتي مع الطفلين السابقين! واكتشفت بعد ذلك أن أصل شعوري بالذنب هو هذا التناقض في الاحاسيس التي أعيشها معه: الحب والكراهية، الشفقة والغضب، الاهتمام والخوف. والزعزعة في الثقة التي خلقتها في أعماقي علاقته معي أسفرت عن احساسي بالشك في مقدرتي كأم واستقراري العاطفي، الذي لم يكن مدار تساؤل على الاطلاق.

لقد كانت وحدتي، حين أغوص في تلك المشاعر، مرهقة جدا. كنت وحيدة، رغم ما

أتمتع به من علاقة زوجية جيدة وزوج محب. لم يكن ليشارك كثير من هذه الاحاسيس بيني وبين زوجي، الذي لم يكن يقضي مع داني وقتا كالذي كنت أقضيه أنا ولم يكن ليراه وجها لوجه مع باقي الاطفال الذين في عمره ليلاحظ المقارنة، والذي كان من مزاياه انه يتمتع برباطة جأش وهدوء ومقدرة فائقة على تقبّل مختلف أنواع السلوكيات. كنت في كل مرة أحاول اطلاعه على ما يقلقني بالنسبة لداني، كان يجيبني بهدوء ان لا بأس على داني، وهو بخير وليس هناك سبب للقلق، ربما غير ناضج قليلا، لكنه بخير. وكانت العائلة تذكّرني دائما انني كنت أكبر سنا لدى انجابي لداني، وربما كان كافيا انجاب طفلين فقط، وقد كان كل هذا مغايرا للحقيقة. كنت دائما أترك مع نفسي أعيش احاسيس الشك والخوف والغضب تجاه نفسي وتجاه ذلك المخلوق، الذي كان سبب كل مشكلاتي."

مع بلوغه السنة الثالثة من عمره، تمّ تشخيص داني على انه يعاني من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط ومن عجز عن التعلّم ومن اضطراب عجز التكامل. وبالقاء نظرة على السنة الاولى من حياة داني وحياة باقي الاطفال من عمره، نجد صعوبة في فهم مدى الاثر الذي تركه ذلك الاضطراب. فقد تمّ تأثير هذا الاضطراب بالذات على استجابته للأصوات أو محاولات تقريبه من أمه والتعلّق بها من خلال صوتها؟ وما هو مدى حجم ذلك الأثر؟ هل لم يستطع داني على الاطلاق الاستجابة والتأقلم مع صوت أمه؟ كيف كان ادراكه لكلمات أمه أثناء احتضانها له، هل كانت تجربة مؤلمة أم غير مريحة؟ لقد وصفت الأم في مذكراتها حيرتها واحباطها وتناقض احاسيسها بالنسبة له بوضوح وذلك خلال مسيرة نمو وتطور العلاقة بينها وبينه.

السنتان الاولى والثانية من عمر داني:

أن تأخر نمو مقدرة داني اللغوية. واحساسه بالعجز عن التعبير عمّا يريد بواسطة الاتصال مع الاخرين، جعله محبطا متوترا. مقدرته الحركية تأخرت هي الاخرى في نموها، مما أسفر عن تباطؤ شديد في تطور مقدرة التحكم بالجلوس والوقوف والمشي والركض. وكان يعاني من فرط الحركة ومن شرود الذهن. ولم يتخلص من حساسيته الشديدة ضد اللمس. وربما بسبب خلل جهازه العصبي، فقد عانى من صعوبة في الانفصال عن أمه. وقد وجد والداه ان التعامل معه صعب للغاية. ومن دون توضيح من طبيب الاطفال ولا تطمينات بخصوص حالة طفلهما، تابعت الأم، في مذكراتها، البحث عن تفسير ما:

"مع بلوغه الشهر الثالث عشر من عمره كان لابد من وضع قفل على باب غرفته

لحمايته من طاقته الفوضوية الهائلة، التي كانت دائما موجهة نحو التدمير والخراب. وقد كان يغتاظ من حبسه في الغرفة الذي لم يكن الاّ بسبب ما يلحقه من دمار وفوضى في كل شيء حوله. كان يقتلع بلاط الغرفة من الارض. كان يقتلع الصور من على الجدران يمزقها ويكسر اطرها. كان يمسك الكرسي الهزاز وينهال به ضربا على الجدار ليثقبه بركلات عنيفة. كنت أنا الأم المرهقة، أربطه بلجام في كرسيه، وكذلك كانت تفعل المربية المسكينة. وكنت أفكر طوال الوقت ما هذا الخطأ الفادح الذي اقترفته بإنجابي ذلك الطفل، الذي كنت أتمنى لو لم انجبه أبدا.

وكنت كلما ازددت كرها له ازداد تشبثا بي، وكان ابتعادي عنه يعني مشهدا مرعبا، الامر الذي كان يسهم في تعزيز احساسي بالذنب واللوم. "اذا تركته، ارتعب، ولذلك كان عليّ أن لا أفعل، واذا بقيت فهذا يعني أنني سأفقد عقلي، لذلك كنت أتركه وكان يصرخ ويتركني في حالة مزرية." هذا الحوار بيني وبين نفسي يصف كل حالة من حالات ابتعادي عنه.

ركضه الفوضوي الدائم كان يسبب دائما كدمات وجروحا، وكان أسوأها عندما ارتطم أنفه بمائدة الطعام، حيث استدعى ذلك عملية جراحية لمعالجته تبعها العديد من الحوادث التي نجا منها بأعجوبة، وكل هذا بسبب فرط حركته وضعف تنسيقه. وفوق هذا لم يكن أحد ليجرؤ على الاقتراب منه، حيث كنت أتلقى منه، خلال فترة لاتتجاوز خمس دقائق من جلوسه في حجري، لكمات وضربات على فكي من حركات عنيفة غير متوقعة من رأسه. لم يكن هيجانه العنيف والتوائه الدائم يشجعاني على احتضانه. لكمات على ركبتي، وعلى معدتي، ويداه الصغيرتان تدفعان بكل جهد وجهي بعيدا عنه، كل ذلك قاد الى استنتاج مفاده: "انه لا يحبني وأنا لا أحبه، وهذه غلطتي، وهذا وضع طبيعي، وليتني لم أنجبه أبدا، لقد دمرت حياتي الى الأبد. والآن، ها هو جالس بعينيه الزرقاوين الحزينتين، وحيدا حائرا. انه تعيس مثلي تماما. عليّ أن أعرف السبب."

السنة الثالثة من عمر داني:

استمرت مشكلات الجهاز الحركي عند داني. وبدأت لغته تنمو، الاّ أنه كثيرا ما كان يظهر سوء فهم أو اجابة هزيلة المعنى. وقد لاحظ والداه أن تفكيره كان أقل تماسكا مما كان عليه عند اخويه عندما كانا في عمره. ونشأ عنده خوف من الاماكن المجهوله والاشياء الجديدة. واستمرت مشكلته في موضوع الانفصال (الابتعاد) عن امه. وبقي يتبوّل في سريره ليلا، رغم تدريبه على التغوّط منفردا عندما بلغ السنتين ونصف السنة من عمره. وقد دوّنت والدته مذكراتها عندما دخل داني الحضانة:

"أخيرا بلغ داني الثالثة من عمره. عهد جديد هلّ عليّ بدخوله الحضانة. الفرج للأم ولبعض الاصدقاء ولداني أيضا. والاهم من هذا تمتعي بدعم عاطفي من مدرّسيه الذين سوف يعيشون طول الوقت مع طفل طبيعي يبلغ من العمر ثلاث سنوات. لم أعد بحاجة للاتكال على تهدئتي من قبل والده الهادئ، ولا السماح لاتهامات جدته لي بطريقتي الذاتية المسعورة في البحث والتمحيص عن حالته.

بعد مضي بضعة شهور، قررت مدرسته أنه آن الآوان لها أن تواجهني بحقيقة الأمر. لم يكن داني ليختلط مع غيره من الأطفال. كان يعاني من التوتر، الخوف، وفرط شرود الذهن، وأكثر من ذلك أنه لم يكن سعيدا. عندما سمعت الخبر، عشت مزيجا من الاحاسيس، منها الانزعاج الشديد لتأكيد ما كنت أشك به في حالة داني، ومنها أنني كنت كمن يزاح عنه هم كبير حيث شعرت أن هناك آخرين قد شهدوا ما شهدته منه. وان سلامة عقلي وتقديري ليسا محل شك."

آنذاك عرض والد داني طفلهما على الاختصاصيين. تضمنت دورة التقويم خضوع داني لمراجعة طبيب الأطفال وطبيب الاعصاب وآخر متخصص بالمناهج التعليمية الخاصة، ومختص في مشكلات النطق واستخدام اللغة. أما أنا فقد أخذت شطر العلاج النفسي والتقويم العائلي. كانت حصيلة تلك المراجعات أنه كان مصابا بالتالي:

١- عجز عن التعلّم - عجز الادراك السمعي - عجز التتابع - عجز التجريد - عجز الادراك السمعي - عجز حركي - وعجز المخرجات.

٢- رد الفعل والاستجابة المفرطة (وهو المصطلح الذي استعمل بعد ذلك في اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط) يظهر في فرط النشاط الحركي وشرودي الذهن والاندفاعية.

٣- اضطراب التكامل الحسي اللمس.

٤- مشكلات انفعالية: القلق من الانفصال عن أمه، الخوف، وضعف في المقدرة على بناء صداقات مع اترابه.

٥- مشكلات عائلية: شعور الوالدين المتمثل في : القهر - التوتر - واليأس.

كما لوحظ ضعفه، في بعض الاوقات، عن المداومة والاستمرارية في انجاز عمل معين، وبالتالي انتقاله الى آخر دون انجازه واعتبر تبوله اللاإرادي على انه انعكاس آخر لعجز في وظائف جهازه العصبي.

وكانت التوصية هي اعتماد خطة العلاج التالية:

١- علاج خاص في مجالي التعليم واستخدام اللغة في المدرسة.

٢- خضوع الطفل لعلاج عقاقيري للتخفيف من فرط حركته وشرود ذهنه.

٣- وضع الوالدين في برنامج وقائي يتمثل بالنصائح والاستشارات والارشادات مركّزة حول تعليمهما ما يجب معرفته عن عجز طفلهما ودورهما في المساعدة.

لعبت العقاقير التي وصفت لداني Methylphenidate (Ritalin) (ريتالين) دورا بارزا وكبيرا جدا في تخفيف فرط حركته وشرود ذهنه. كما أنها أوقفت تبوله اللاإرادي. وقد رأيت شخصيا تأثير هذا الدواء ودوره في ايقاف التبول اللاارادي عند الكثير من الاطفال ولذلك برز تساؤلي هل ممكن أن يكون سبب التبول هو حالة الاندفاعية التي يعاني منها اولئك الاطفال! وربما مع معالجة الطفل من هذه الحالة يتوقف ذلك. وقد تعلّمت الأم الطريقة الناجحة في لمس طفلها الأمر الذي خفف من حساسيته ومن حالة المقاومة التي كان يعاني منها لدى تعرضه للمس. ومن ناحية ثانية فقد بدأ يتكيف مع علاج العيادة المدرسية المختصة وبدأت لغته تتحسن رويدا رويدا. وبدأت من ناحية أخرى، خطوات العلاج التعليمي الخاص ذي المدى الطويل.

وصفت الأم عملية التقويم وأثرها. معرفتها لأحاسيسها والانعطاف الذي طرأ على طريقة تعاملها معها بدا واضحا من تأثير برنامج الارشادات والنصائح التي حظيت به كجزء من برنامج علاج طفلها:

"كانت مشاعري تلك هي التي دفعتني لعرض داني على اختصاصيين بغية تقويم حالته. عاينه العديد منهم، وكل ركّز على مشكلة معينة، وفي النهاية جمعت كل الاجزاء معا وبسرعة جيء بالتشخيص، شيء ما للتمسك به، شيء ما يعطي شرحا لما يجري، وأهم من كل شيء، ايجاد طريقة، سبيل للنجدة والعون.

التلف الذي أصيب به جهاز داني العصبي سبب له مشكلات في الادراك الحسي، هكذا قيل لنا. واستمرار عدم خلوده للراحة، مقته للمس، وحزنه المزمن، واكتئابه الدائم، لها ما يفسرها انبثاقا من تلك الاعراض. سبب الخلل في جهازه العصبي غير معروف، ولذلك لا يمكن ان ينحى باللوم على أحد. هناك طرق لمساعدته ... رجاء قل لنا كيف... هناك طرق لمساعدته في البيت تجعله يشعر بالراحة والقيمة والسعادة... رجاء قل لي... وسوف أحاول جهدي سيستغرق ذلك وقتا... لكنه سوف يتحسّن. هل هذا سيحدث حقا؟؟؟ يا للروعة!

تطلعت الى السماء وقلت: شكرا يارب، لم تكن الحالة بالخطورة التي توقعتها. هناك

أمل في المساعدة موجود. شكرا يارب سوف تتحسن حاله مع الوقت. شكرا يارب، فأنا لست أما مجنونة مكروهة غير طبيعية. شكرا، شكرا، شكرا،

انما اذا كانت الحال هكذا فلماذا لم يصدقني ولم يساعدني أحد! لماذا وضعت في هذه الحالة من القلق والخوف طيلة تلك السنوات! أين كان الخبراء أو الاصدقاء! لماذا لم يثقوا بي! لماذا لم يسمعوني!

مرة أخرى اعتراني الغضب. ووجهته الى ذاتي حيث لم يكن من جدوى غير ذلك. غدوت حزينة، مكتئبة، بائسة يائسة. باختصار، أحسست بالشفقة على نفسي، لماذا يحدث هذا لي! ما الذي فعلته كي أستحق كل هذا! هل سأتمكن من ايجاد القوة التي تمكنني من التحمل والثبات! كيف يمكنني أن أكون أمّا لهذا الطفل المسكين الذي لا حول له ولا قوة! لم يكن هذا فحسب، بل تلته مرحلة كئيبة أخرى، حيث بدأت أوجّه اللوم الى الجميع. ولم يكن هذا أكثر من رد فعل مأساوي فعل فعله في ايذائي ليس أكثر. حبست نفسي ضمن تفكيري في أنه كيف يمكن لهم أن لا ينتبهوا لما أعانيه وما أضحيه وما أبذله من جهد! وبتعبير آخر كنت أود قول: "انظروا كم أتعذب وكم أتأذّى! ألا يمكن لأحد منكم أن يأخذ عني قليلا ويساعدني! ألا ترون كم أعتني وأهتم أليس من أحد يهتم بي ويعتني بي!" وسرعان ما قررت أن ما أقوم به وما أشعر به لم يحقق شيئا ايجابيا وليس له قيمة، بل على العكس جعلني أبدو مملة وأنانية.

وحال ظهر هذا الوعي لدي، قررت أن عهدا جديدا قد بزغ في علاقتي مع داني، وانني وهو سوف نقف معا ونعمل معا ولو لسنوات طويلة كي نقهر مشكلاته ونتخلص منها ونتغلب على معاناته، وصولا الى وقت نكون فيه معا سعداء. وشرعت أسأل الاختصاصيين وأستفسر وأحاول معرفة الطريقة المثلى لأي اجراء أو عمل. ومع المعرفة بدأ الفهم ومع الفهم بدأ التكيّف والتعامل مع مشكلته، ومع التكيف والتعامل بدأت ألمس التقدم والتحسن في حالته. وهذا شجعني للمضي قدما فيما أقوم به مع شجاعة متجددة دائما، ومع توقعات من داني، مبنية على واقع امكانياته.

ولأنني غدوت أعيش واقعية مبنية على المنطق، لم يعد هناك مكان للبؤس أو لاحساس الشفقة على نفسي غير المجدي أو الاتهامات المختلفة. اقتنعت أن ذلك كله سوف يلقي بأثره السلبي الهدام لخلق مشكلات أكثر. وقلت: دعونا نقر أن لدينا مشكلة! لنطرد الخوف من أعماقنا و نقولها بوضوح. لنكتشفها. لنتعلم الكثير عنها. لنتعامل معها ونتقبّل وجودها."

السنة الثالثة وحتى الحادية عشرة من عمر داني:

بقي داني خاضعا لبرنامج تعليمي خاص حتى الصف الخامس، الاّ انه مع بلوغه الصف الرابع كان يدرس في برنامج تعليمي عادي، مع تلقيه علاج تعليمي ولغوي خاص لمدة ساعة واحدة فقط في الاسبوع. وبقي أيضا خاضعا لتناول (ريتالين). وقد بقي والداه يعملان ويتعاونان معا وعن كثب مع مدرّسي وبرامج مدرسته وذلك عبر السنوات كلها. وكانا يختاران بعناية فائقة أنشطة داني المدرسية والرياضية مع أقرانه، بحيث تكون عاملا لمساعدته على تعزيز جوانب القوة عنده وليس تلك التي تزيد من مكامن ضعفه. وكان كل عام يحمل معه نجاحا وتحديا جديدا. وقد عبّرت الأم عن تلك التجربة بما يلي:

"انما هل يحمي تقبل هذه الحالة الأم من الشعور بعدم الراحة؟ هل يمكنها أن تتكيف كليا مع هذه الحالة وتتابع ببساطة حياتها اليومية العادية، معطية أقل درجات التفكير أو القلق لهذا الجانب من حياتها؟ الجواب بصوت عال: لا.

ان خطوات التأقلم مع هذا الوضع مستمرة. في أيامه السيئة، أشعر بالتعاسة، وتتسلل الى داخلي أحاسيس الخوف واليأس. وفي أيامه الحسنة أشعر بالامل والبهجة لتلك الاعراض التي توحي بوجود تقدم وتحسن فيما وراء الظاهر. وفي معظم الايام كنت أحس بمسؤولية اليوم التالي. وقررت أن أحاول الانطلاق معه من حيث يبدأ، أحبه وأقبله أينما كان. وأدركت أن علي أن ارسم خطط حياتي وفق حاجته وفي حينها، وكانت هذه مهمة جعلتني أهمل بعضا من مهماتي. ولا يمكن لأي كان أن يقوم بمثل هذه المهام دون أن يشعر بالغضب.

وماذا عن الشعور بالحرمان عندما ألاحظ كم هو هزيل أداؤه عندما يحاول أن يتصرف بمستوى الاطفال من عمره. وعندما كبر أكثر، كم كان ضعيفا في علاقاته مع الاخرين، حتى مقارنة بالاطفال الاصغر منه سنا. وماذا عن الاحساس لدى رؤيتي له مرفوضا من قبل الصغار والكبار على حد سواء بسبب عجزه عن التعامل معهم وفق ما هو متوقع ومتعارف عليه من السلوك. وماذا عن الشعور بالحرج عندما تسبب مشكلته تصرفات منافية للعلاقات الاجتماعية. ما هي الاعذار والحجج التي سوف ألجأ اليها كي أريح نفسي من عذاباتها. ماذا أقول للعائلة التي تصر ان كل ما يحتاجه هو تهذيب أو تدريب وبعد ذلك سينضبط فورا. النشاز الذي يحدثه في نمط العائلة! التداخلات مع بعض جوانب السعادة في الحياة، يثير الغضب، واليأس، والشعور بالذنب. وماذا يعتمل في داخلي عندما احس بما يعيش في عالمه الداخلي من حيرة وغربة ووحدة.

ماذا يفعل بي هذا!

ومع هذه الاحاسيس التي تبرز الى السطح مع كل حالة أعيشها، كيف يمكن لي أن اتكيف! الجواب الوحيد هو أن اخصص مكانا لهذه الأحاسيس، كي أقبلها، لا لكي أنعم بها، انما كي لا انكر وجودها، لأعبر عنها بصوت عال لنفسي أو لأي شخص لا يخشى سماعها، وهذا يعبّد الطريق لعلاقة أكثر قوة وأكثر ايجابية بيني وبين داني.

كانت رؤيته لنفسه انعكاسا لما يراه في علاقتي معه. فإن سمحت لمشكلته أن تخيفني، وجدته يخاف. اتصالي به كان يتمثل في احساسه انه ذو قيمة كبيرة وأنه محبوب وأن عندي أمالاً كبيرة جدا فيه، الامر الذي كان يمكّنه من مواجهة مستقبله بأمل وشجاعة. كان ذلك مهمة ألقت علي بالكثير من المسؤولية، لا بأس فهذه هي الفرصة الوحيدة لنا سوية كي نتمتع بحياة جيدة. اذا كان عندنا أمل في داني، فان لداني أملا في نفسه."

ملاحظة عن تقدمه الحالي:

ناقشت هذه القصة عندما أصدرت كتابي الأول (The Misunderstood Child) (الطفل الغير مفهوم)، وقد كان داني في الصف الثامن. كان تحصيله العلمي يسير سيرا جيدا. علاقاته مع أقرانه كانت محدودة. علاقاته مع والديه واخويه كانت جيدة، انما كان انعزاليا الى حد ما مع الآخرين. وكان لايزال بحاجة لتناول العقاقير. أداؤه النفسي كان متناسبا مع من هم في مثل سنه.

وعندما اعددت هذا الكتاب، اتصلت بأمه أسأل عنه، وعرفت أن داني على وشك الانتقال الى السنة الاخيرة في كلية ممتازة. وأن تحصيله التعليمي ممتاز وعلاماته ممتازة (B). تعلّم كيف يكون منظما وفعالا. وان تخصصه هو "الموسيقى" وانه ممتاز جدا في هذا المجال. وقد علقت امه ان الموسيقى كانت دائما منقذه. ويستطيع أن يجلس ساعات طوال وهو يعزف. وأنه الآن موسيقي محترم جدا يؤلف ويعزف موسيقاه.

وعرفت أن داني لايزال يعاني من صعوبات في الحياة الاجتماعية. لديه أصدقاء، انما ليس عنده صديق حميم معيّن. لديه صديقات، انما لاتربطه مع أي بنت علاقة عاطفية. مازال يفتقد سرعة البديهه وظرافة الحديث، وتصعب عليه التقاط تعابير أو اشارات ضبط السلوك والاعراف الاجتماعية.

وقد علقت الام عليه تعليقا جميلا، ولو انها قالت "انها تعرف انه لن يكون كاملا

أبدا، وأتمنى أن لا يصبح إنسانا يعاني من الوحدة" ووافقت ان ما أنجزه وحققه داني فاق كل توقعاتنا أو ما كنا نجرؤ على الأمل به عندما كان في سنته الثالثة أو الرابعة أو الخامسة.

الأسباب

الفصل الثامن

أسباب الاضطراب

سوف ترتكز مناقشتي لأسباب الاصابة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط على الوضع الحالي للمعلومات الموجودة عن هذه الاضطرابات. اذ من الصعوبة بمكان استخدام المعلومات التي أسفرت عنها الأبحاث السابقة مع بعض مما توصلت اليه الدراسات الحالية نظرا لعدم وجود اتفاق على تعريفات هذا الاضطراب. ومعظم الدراسات السابقة كان قد تم قبل ايجاد صيغ التشخيص الخاصة بهذه الاضطرابات والموجودة في دليل (DSM-111-R) المذكورة سابقا. وكانت بعض الدراسات السابقة عبارة عن فحوصات حول فرط النشاط الحركي فقط لأنه السلوك الأولي الذي تمت ملاحظته وتمّ ذكره في الاصدار الأول لهذا الدليل. البعض الآخر استخدم معايير مثل: الخلل الوظيفي المخي البسيط، وخليط من مشكلات عجز التعلّم، وفرط الحركة، وشرود الذهن، ومشكلات السلوك.

من الأسباب الأخرى التي تجعل العودة الى استنتاجات واكتشافات الدراسات السابقة المتعلقة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط صعبة، هو في الواقع وجود عوامل عديدة متعلقة بمشكلة الانتباه. وقد عززت الدراسات الحديثة هذا الرأي. اذ هناك مجموعة من اضطرابات الانتباه، وربما تكون اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط نوعا مرضيا واحدا منها فقط.

يفيد الرأي الراهن حول أسباب اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط في أنها تتمثل في اضطراب أساسه في المخ أو في الجهاز العصبي. أما عن اعراض المصاب بهذه الاضطرابات، فان الجواب يفيد بأنها تتأثر بعوامل نفسية واجتماعية معا. الخليط الناتج عن تأثيرهما يعطي صورة عن حياة كل فرد على حده، وفق ظروفه الاجتماعية وحالته النفسية معا. فعلى سبيل المثال، تتأثر طريقة التعبير عن الاحباط عند المصاب بهذه الاضطرابات بتراث وثقافة محيطه، جنبا الى جنب مع جنسه، ذكر هو أم انثى. فمثلا قد تنسحب الطفلة الانثى التي تعاني من شرود الذهن وتتميز بأداء ضعيف في دراستها وتشعر بالاحباط، قد تنسحب من مدرستها وتفقد الرغبة في الدراسة وتعيش

حالة اكتئاب. أما الطفل الذكر المصاب بالاضطرابات نفسها، فإنه قد يقوده سلوكه الى مشكلات و أزمات. الاثنان مصابان باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط الاّ ان الذكر غالبا ما يُلاحظ ذلك عليه أكثر من الانثى، وتُشخص بالتالي حاله على هذا الأساس.

ويتميز دور العوامل الوراثية وتأثير الجينات في الاصابة بهذه الاضطرابات بأهمية خاصة. وقد اقترح بعض الدراسات بأن من ٣٠ الى ٤٠ في المائة من الاطفال والمراهقين المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط ورثوا نماذج من تلك الاضطرابات من أفراد عائلتهم، والارجح من افراد العائلة المباشرة كالوالدين أو أي فرد قريب بالدم كان مصابا بهذه الاضطرابات. ولعل هذه الدلائل التي اوحى عنها في تلك الدراسات عن تأثير الوراثة (الجينات) في الاصابة بهذه الاضطرابات، تعزز الرأي القائل بأن سبب هذه الاضطرابات متعلق بتركيبة المخ الكيماوية. بعض الدراسات ركّز على عوامل أخرى قد يكون لها أثر على نمو الطفل أثناء الحمل.

سوف تتم مناقشة تلك العوامل كلها، الكيماوية والوراثية، وغيرها بشكل مفصل لاحقا. وباعتبار ان منطلق العلاج الراهن لهذه الاضطرابات يرتكز أصلا على استعمال عقاقير ترتكز على نظرية عامل كيمياء المخ، فإن هذا الموضوع سوف يناقش بتفصيل أكثر.

❖ العوامل الوراثية ❖

بيّنت الدراسات التي أجريت على العائلات، والدراسات التي تمت في دور الايتام والتبني، والدراسات التي أجريت على التوائم، دورا مهما جدا لعامل الوراثة في الاصابة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وقد بينت الدراسات العائلية بأن احتمال اصابة الاطفال بهذه الاضطرابات يزداد اذا كان أولاد خالاتهم وأخوالهم وعماتهم أو عمومهم مصابين بها. وكما بينت هذه الدراسات ان احتمال الاصابة بها يزداد ضمن الاقرباء من الاطفال الذكور. أما الدراسات التي أجريت على التوائم فقد أظهرت معدلات عالية جدا من الاصابات لطرفي التوائم المولودين من ملقحة واحدة (Monozygotic) مقارنة بالنوع الثاني من التوائم المولودين من ملقحين (Dizygotic). أما الدراسات التي أجريت في دور الايتام والتبني، فقد أظهرت زيادة نسبة احتمال الاصابة بهذه الاضطرابات بين الاطفال من آباء وأمهات مصابين بها، مقارنة بالنسبة المتعلقة بأطفال من والدين غير مصابين بها أو بأطفال لوالدين بالتبني أو بأطفال لوالدين

مصابين بهذه الاضطرابات وكانا قد تبنياهم وهم في سني حياتهم الاولى.

الملاحظة الغريبة الاخرى التي خرجت بها هذه الدراسات هي ان نسبة حوادث الاصابة بهذه الاضطرابات بين أطفال التبنّي في الولايات المتحدة الامريكية تزيد خمسة أضعاف عما هو متوقع عند مجموع السكان. ومن هنا التأمل في نوع الوالدين اللذين يمكن أن يستغنيا عن أطفالهما ويعطياهم للتبني، أو في نوع وخطورة العوامل التي رافقت فترة الحمل والولادة. وعلى كل حال فان سبب ارتفاع نسبة الاصابة ضمن مثل اولئك الاطفال مازال مجهولا.

❖ عوامل التركيبة الكيماوية العصبية ❖

قبل البدء في مراجعة هذه الناحية من الابحاث، لابد من تقديم بعض المصطلحات. تنتقل الرسائل في المخ من عصب الى آخر بواسطة مركّبات كيماوية. تدعى هذه العصيبات (Neurons). والوصلات الكيماوية تدعى (Neurotransmitters). وهناك حوالي ٥٠ من تلك الوصلات الكيماوية معروف حتى الآن، ويعتقد أن هناك العديد منها غير المكتشف.

وأكثر تلك الوصلات الذي حظى بتركيز في هذا القسم من الابحاث يدعى "Catecholamine" واكثر جزء من هذه الوصلة له علاقة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط يدى "Norepinephrine" (نوريبنفرين: وهو هرمون يعتقد أنه النقال الكيماوي في بعض الوصلات العصبية السمبتاوية، ويشبه مفعوله في بعض نواحيه مفعول الادرينالين). وتعتقد تلك الابحاث ان سبب حدوث اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط هو نقص ذلك المركب في ساق المخ. (خاصة في نظام الشبكة المخية التي لها علاقة بالنشاط).

وقد جاء تعزيز ما أسفرت عنه الدراسات من علاقة هذا المركّب الكيماوي بالاصابة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط من براهين جاءت من ناحيتين: أولها أتى من مجموعة من الدلائل المتعلقة برصد مدى فاعلية العقاقير المنبّهة ودورها البارز في التخفيف من فرط حركة المصاب وشرود ذهنه واندفاعه. والبرهان الآخر بيّن ان تلك العقاقير تزيد من افراز ذلك المركّب الكيماوي في منطقة معيّنة من المخ. وهكذا فان هذه الملاحظات والرصد الطبي والابحاث التي أشارت الى ان العقاقير المنبهة تقلل من السلوكيات النابعة من الاصابة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وانها تزيد من افراز ذلك المركّب الكيماوي عزّز النظرية القائلة بربط الاصابة باضطرابات قصور

الانتباه مفرط النشاط بنقص في هذا المركّب في منطقة معينة من المخ.

المجموعة الثانية من البراهين المؤيدة لهذه النظرية جاءت من ابحاث ودراسات انصبت حول قياس كمية هذا المركّب عند الشخص المصاب باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. فقد تمّ قياس تلك الكمية في الدم وفي البول وفي النخاع الشوكي للطفل المصاب، قبل وبعد تناوله العقاقير. وقد تبيّن نقص ذلك المركّب الواضح في المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط قبل تناول العقاقير وزيادته بعد تناولها. وهذا أيّد النظرية القائلة بأن نقص هذا المركب هو سبب الاصابة بتلك الاضطرابات، حيث ان العقاقير تسهم في زيادة افرازه وبلوغه المستوى الطبيعي في ساق المخ.

❖ الابحاث المتعلقة بمراحل نمو الجنين ❖

مرة ثانية لابد من تقديم بعض المصطلحات. مصطلح (Natal) يعني وقت المخاض، وكذلك فان مصطلح (Prenatal) يعني فترة الحمل، ومصطلح (Perinatal) يعني فترة ما قبيل الولادة، ومصطلح (Postanata) هي فترة ما بعد الولادة. وخلال فترة الحمل يجري في جسم الجنين العديد من المركبات الكيماوية. فان كانت هذه المركبات طبيعية للأم مثل الكلوكوز، عندما يطلق عليها اسم "الايض" أي التغيرات الكيماوية والكيماوية الفيزيقية التي تتم في الجسم الحي (Metabolites). أما اذا كانت تلك المركبات غريبة على الأم، مثل الكحول فعندها يطلق عليها اسم "التوكسينات" أي المواد السامة التي تفرزها البكتيريا وتستثير الجسم ليفرز مضاداتها. (Toxins).

ومن المحتمل ان تلقي مراحل فترة الحمل والعوامل الاجتماعية البيئية بآثارها على نمو الجنين. ومثال على تلك العوامل سوء التغذية، غياب العناية الضرورية في مرحلة الحمل وزيادة عوامل الايض والمواد السامة، والالتهابات، والانعصاب. وكل منها قد يخلق صعوبات في مرحلة الحمل أو يسبب ولادة قبل الأوان، أو وليدا بحجم غير طبيعي أو كليهما. وقد بينت الدراسات ان هناك علاقة بين تدني وزن الوليد والولادة قبل الاوان والاصابة باضطرابات فرط النشاط الحركي وشرود الذهن والسلوك العدواني.

هذا، وتجري حاليا دراستان مهمتان رئيسيتان طويلتا الامد حول نمو الطفل. واحدة في الولايات المتحدة الامريكية والثانية في بريطانيا. وقد قام الباحثون في هاتين الدراستين بمطابقة عدد كبير من العائلات بدءا من ساعة عرفت الأم فيها أنها حامل. وسوف تتم دراسة كل طفل دراسة شاملة منذ تكوينه جنينا وحتى بلوغه سن الرشد.

ويؤمل من هاتين الدراستين التوصل الى معلومات تقود الى تفسير بعض المشكلات التي قد تنشأ عند الطفل. وقد اكتشفت الدراسات التي تمت في المشروع الوطني التوثيقي لدراسات حالات ما قبيل الولادة في الولايات المتحدة الامريكية، National) Collaborative Perinatal Project) ارتباطا بين اصابة الاطفال بفرط الحركة، وشرود الذهن، والاندفاعية، وبين العوامل التالية التي وجدت أثناء فترة الحمل: تدخين الأم - اضطرابات عنيفة أثناء الحمل - تدني مستوى حالة قلب الوليد في المرحلة الثانية من المخاض - تدني في وزن المشيمة - وخروج قدم أو ساق الطفل أولا.

وقد تمّ فحص باقي حالات الانعصاب في فترة الحمل في دراسة أخرى. هذا، ويمكن أن تظهر آثار الالتهابات واضطرابات الأيض والمواد السامة عند الحامل، ونقص غذائها في أطفال نسبة ظهور سلوكيات اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط فيهم مرتفعة، ومع مؤشرات على اصابتهم بعجز في التعلّم في الوقت نفسه. الاّ ان الارتباط في هذه الدراسات أضعف مما هو عليه في دراسة "المشروع الوطني التوثيقي الامريكي لدراسات حالات ما قبيل الولادة" المذكورة سابقا.

وقد كانت الدراسات الحديثة التي عالجت حالات تعرض الأم لسوء معاملة جوهري أثناء فترة حملها، مأساوية حقا، فقد تبين أن العديد من اولئك الاطفال قد ظهرت عليهم مشكلات تتمثل في فرط النشاط الحركي وشرود الذهن والاندفاعية. ورغم انه قد تتفق اعراض هؤلاء الاطفال مع معايير الاصابة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط الاّ ان سلوكهم يجب ان ينظر اليه على انها اضطرابات عصبية.

الجدير بالذكر ان الدراسات المذكورة سابقا لا تثبت السبب ولا تؤكد الأعراض، لكنها تمدّنا بأدلة مهمة جدا تدعم وجود دور مؤثر لعوامل ما أثناء فترة الحمل في نشوء اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط عند الطفل. ربما يكون السبب، في حالات معينة، وراثيا وربما في حالات أخرى واحدة أو أكثر من العوامل المؤثرة في فترة الحمل، أو ربما هناك أسباب أخرى لم تحدد بعد وراء الاصابة بهذه الاضطرابات!

العوامل المتعلقة بفترة ما بعد الولادة:

لم تظهر الدراسات التي أجريت أي ارتباط بين الاصابة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وبين تعرض الام للصدمات أثناء الانجاب. الاّ انه هناك زيادة في حدوث اضطرابات في التعلّم والسلوك ضمن الاطفال المصابين بنوبات، خاصة نوبات الصرع. وعلى كل حال لم يتضح حتى الآن فيما اذا كان هناك اضطراب في سلوك معين يظهر

باستمرار أكثر من غيره، أو اذا كان الاضطراب السلوكي هذا مرتبطا بنوبات الصرع.

كما يبدو ان الصدمات المتواصلة على الجهاز العصبي يمكن أن تسفر عن سلوكيات اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط أو سلوكيات شبيهة بها. فعلى سبيل المثال واحد من الاثار التي يخلفها مرض الالتهاب السحائي ممكن أن يسبب فرط النشاط الحركي وشرود الذهن و/أو الاندفاعية. كما أن كثيرا من الاطفال الذين يتعرضون لكدمات حبيسة في الرأس، يتعرضون في الوقت نفسه للاصابة بهذه السلوكيات.

❖ العوامل البيئية والثقافية ❖

لم تظهر الدراسات حتى الآن أية علاقة بين الاصابة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وبين ترتيب الطفل بين باقي أطفال العائلة، أو عدد الاخوة والاخوات، أو عدد مرّات التنقل، أو مدخول العائلة، أو عمر الأم، أو مستوى الوالدين التعليمي. الاّ ان "المشروع الوطني التوثيقي الامريكي لدراسات حالات ما قبيل الولادة" أشار الى بعض الاحتمالات المتعلقة بدلائل تأثير البيئة في هذا الشأن. ومرة أخرى لم يذكر شيئا عن الارتباط بين السبب والأعراض: الارجح ان الاطفال المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط يعيشون في بيوت تفتقد الآباء. وقد يكون ظهور سلوكيات هذه الاضطرابات في مثل هذه الظروف انعكاسا لحالات اجتماعية معينة، ترتكز مبدئيا على علاقات عائلية ممزقة، أو ربما الاصابة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط هي التي تسهم في الاصابة بتمزيق العائلة المعنية.

قد تلعب البيئة دورا: فمستوى النشاط، والاصوات العائلية، والانتباه و/أصول اللطف والمجاملة أو السلوك غير الملائم، كلها أمور نسبية تختلف من بيئة وثقافة الى بيئة أخرى. وعليه فقد تظهر هذه السلوكيات على أنها مشكلة في بيئة معيّنة وتبدو طبيعية في بيئة أخرى.

❖ اضطراب قصور الانتباه ❖

يبدي بعض الباحثين قلقا حول مفهوم اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط كما ورد في دليل (DSM-111-R) ويعتقدون ان هناك أسبابا أخرى وراء الاصابة باضطراب قصور الانتباه لم يتم انعكاسها ضمن الاضطرابات الخاصة بقصور الانتباه مفرط النشاط والتي تم تحديدها وفق اختبارات اكلينيكية. وقد ركّزت الدراسات التي تمت حول كل ما يشمله مفهوم اضطراب قصور الانتباه على توضيح كل مراحل عملية الانتباه

عند المرء، ان كان في المخ أو في أي جزء من الجسم له علاقة بهذا الشأن.

والطريقة الوحيدة لادراك هذا المفهوم هي بالقاء نظرية على الأمور المحيطة بعملية الانتباه. وعلى ما يبدو فان هناك ثلاث خطوات ذات علاقة، هي:

١- يجب ان يجد المرء المثير المناسب كي يركّز عليه.

٢- يجب أن يطيل المرء تركيزه.

٣- ويجب على المرء التخلي عن ذلك التركيز عندما يشعر أن ذلك مناسبا، كي ينتقل الى مثير آخر وتركيز آخر.

من ناحية أخرى، ما فتئت الدكتورة مارثا دينكلا (Matha Denkla) من جامعة جونز هوبكنز في ولاية ميريلاند، تحاول توسيع نطاق مفهوم قصور الانتباه مفرط النشاط من خلال النظر الى الوظائف التنفيذية الشاملة في المخ. وقد لا حظت ان الاطفال المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط يعانون من قصور في الاداء الوظيفي التنفيذي في بعض المجالات، تشمل صعوبات في: التخطيط وتنسيق وترتيب تتابع بعض التصرفات المعقدة، والمقدرة على الانتباه الى أكثر من مثير في آن واحد، المقدرة على التقاط لب أو مغزى حالة معقدة، ومقاومة عناصر الالهاء والتشتت والتداخل، والمقدرة على كبح جماح تلبية الميول غير الملائمة، والمقدرة على الابقاء على تصرف معين لفترة زمنية طويلة نسبيا. وتقول الدكتورة مارثا ان هذه المهام تعتمد بشكل كبير جدا على تكامل الفصوص المخية الجبهوية (Lobes Fronta) مع وصلاتها المخية التحتية (Subcortical Connections). وقد وجدت في دراستها ان الاطفال المصابين بقصور تنفيذ الوظائف يعانون من مشكلات في: التخطيط، والتنظيم، وفي حسن ادارة واستخدام الوقت والمكان.

وتعتقد أن هذا القصور يفسّر الفشل قي التعلّم الذي يواجهه الاطفال المصابون باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. وقد تركّزت دراستها على نواح أربع هي:

١- قابلية التركيز والانتباه.

٢- قابلية التخطيط المستقبلي وتنظيم المعلومات.

٣- قابلية الانتقال والمرونة أثناء سير مراحل جمع المعلومات.

٤- قابلية كبح جماح أية مثيرات لاي شيء دخيل أو غير ضروري.

وربما يكون لاضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط علاقة بالناحية الاولى أو الرابعة أو كليهما.

أما من ناحيته، فقد قام الدكتور آلان ميرسكي (Alan Mirsky) من المعهد الوطني للصحة العقلية (National Institute Of Mental Health) بولاية ميريلاند، بدراسة سير مراحل عملية الانتباه في المخ والاقسام المعيّنة منه المختصة بعمل كل منها. وقد ارتكزت دراسته على الانتباه المتعلق بمبدأ سيكولوجية الاعصاب (Neuropsychological) التي تفترض ان مراحل معالجة المعلومات تتم بطريقة متعاقبة متتالية. ويرى، هو وزملاؤه، ان الانتباه عملية معقّدة أو مجموعة من العمليات المعقدة. وحاولوا توزيع اختصاصات مسؤولية القيام بمهمة الانتباه على أجزاء مختلفة من المخ، مع معرفتهم ان بعض أجزاء من المخ يشارك في أكثر من وظيفة من وظائف عملية الانتباه. وقد حلل الدكتور ميرسكي عملية الانتباه الى عدد من الوظائف والمهام البارزة:

١- المقدرة على التركيز على اقسام مختارة من محيط ما.

٢- المقدرة على الاستمرار او الابقاء على ذلك التركيز لفترة زمنية ممكنة.

٣- المقدرة على الانتقال بمرونة من عنصر أو سمة من عناصر أو سمات ما يحيط به الى عنصر أو سمة أخرى.

كل سلوك قد يبدو وكأنه جزء من سلوكيات قصور الانتباه مفرط النشاط الاّ ان المقدرة على الاستمرار في التركيز والابقاء عليه قد تكون أكثر تلك السلوكيات علاقة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط.

أما الدكتور م. بوسنير (M. Posner) من جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس، فقد أرجع سبب الخواص العامة لعملية معالجة المعلومات عند الانسان، الى توزيع نظام الجهاز العصبي. فقد حدّد هو وزملاؤه نظامين للانتباه، نظام الانتباه الامامي (Anterior Attentional System) ونظام الانتباه الخلفي (Posterior Attentional System). واعتبروا ان نظام الانتباه الخلفي يأخذ منحنى من الاسفل الى الاعلى (Bottom - Up) ويتولى مهمة تمثيل ومعالجة الاحاسيس. أما نظام الانتباه الأمامي فهو نظام يأخذ منحنى من الاعلى الى الاسفل (Top - Down) ويتولى مهمة تمثيل ومعالجة الخطط التنفيذية. وقد أشارت دراساتهم الى ان نظام الانتباه الامامي الذي تقع عليه مهمة التكيّف البصري وتوجيهه، لا يعتمد على جزء واحد من المخ، في المقابل فان الانتباه في مثل تلك المهمة ربما يعتمد على عدد من عمليات الانتباه الاولية. وتمّت الاشارة الى ثلاث منها: ١- عدم الانشغال ٢- حدوث العمل أو الحركة ٣- الارتباط في الانتباه.

وقد اقترحت دراستهم انه ربما يكون لنظام الانتباه الامامي علاقة بمفهوم اطالة

فترة الانتباه وبالتالي باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط.

من ناحية أخرى، فقد أشار الدكتور جيمس سوانسون (James Swanson) من جامعة كاليفورنيا في ارفين، ان الاطفال المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط لا يعانون من صعوبات في نظام الانتباه الخلفي، ولذلك فان بامكانهم الانتقال من تركيز أو عمل ما الى تركيز آخر وعمل آخر. وعلى كل حال، فقد يكون أداء وظيفي غير طبيعي معيّن موجود في نظام الانتباه الامامي هو الذي يؤدي الى فشل اولئك الاطفال في المقدرة على اطالة فترة الانتباه عندهم.

وقد اشارت جهود الدراسات كلها، في الوقت الحالي، وبقوة، الى ان شرود الذهن الموجود لدى المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط عبارة عن مشكلة ثانوية منبثقة عن عدم المقدرة على اطالة فترة الانتباه. فقد يبدو المصابون باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط قادرين على البحث ومن ثم التركيز على عمل ما، الاّ أنه سرعان ما ينتقلون الى عمل آخر وقت يكون الانتباه مطلوبا على العمل الاول. فهم على أي حال، يعانون من صعوبات في اطالة فترة الانتباه على العمل المحدد.

❖ تلخيص ❖

تدعم الدراسات الراهنة تدخّل سبب تفاعلي يتضمن عناصر بيولوجية وسيكولوجية في الاصابة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. وقد تهيئ عوامل جنس الطفل أو ظروف فترة الحمل أو فترة ما قبيل الولادة أو فترة ما بعد الولادة الاسس البيولوجية لمثل تلك الاضطرابات. ولابد من الاشارة الى ان أسلوب التعبير الاكلينيكي عن تلك الاضطرابات يتأثر تأثيرا كبيرا ببيئة وتراث الطفل.

قد توضّح الدراسات حاليا ومستقبلا أن هناك مجموعة من الاضطرابات ذات العلاقة بموضوع الانتباه، وان اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط ليست الاّ شكلا منها. والى حين التأكد، لايستطيع الاطباء الآن الاّ الالتزام بتعريف مفهوم تلك الاضطرابات كما جاء في دليل (DSM-111-R).

العلاج

الفصل التاسع

المفاهيم الاساسية في علاج الاضطراب

يجب أن يشمل علاج اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط عددا من الطرق منها: ارشاد وتعليم الاسرة والاشخاص المعنيين بما يحيط بهذه المشكلة، واستخدام برامج سلوكية ملائمة، واستعمال العقاقير المناسبة. وكل طريقة بحاجة لضمان نجاحها الى العمل عن كثب مع المدرسة. سوف أتحدث في هذا الفصل عن المفاهيم الاساسية لعلاج قصور الانتباه مفرط النشاط، وسأقوم بمناقشة كل جانب من تلك الطرق المتعددة على حده. ولابد من التنويه الى أهمية وجود هذه الطرق العديدة حيث ان المصابين بها يعانون من صعوبات عديدة أيضا. ولكي تساعد طفلك عليك فهم كيفية تأثير هذه الاضطرابات على مختلف نواحي حياته.

كما تمّ بحثه في هذا الكتاب، فان المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط يعانون من جملة من الصعوبات المرضية. فقد يعانون من اضطراب العجز عن التعلّم، وبعضهم قد يعاني من أعراض متزامنة لنوبات ما، وعدد كبير منهم تنشأ عندهم مشكلات انفعالية وعائلية واجتماعية متفرعة وثانوية. ولعل عرض الطفل على فريق متنوع الاختصاصات في حقل التهذيب والتربية والانضباط فكرة مثالية تسهم في تقويمه تقويما شاملا تاما، من ناحية، وتمكّن ذلك الفريق المتعدد الاختصاصات من تحديد مكامن الصعوبات لديه، من ناحية ثانية. واذا لم يكن بالامكان تأمين مثل ذلك الفريق، فانه من الاهمية بمكان أن يكون الطبيب المختار لتقويم ومعالجة الطفل على اتصال وتنسيق دائمين مع اختصاصيين آخرين ومع ادارة المدرسة ومسؤولي نظامها، لدى تقويم كل مشكلة على حده. وفي بعض الحالات، يقوم الطبيب المختص بالاتصال بكل اختصاصي مسؤول عن تقييم مشكلة معيّنة لدى الطفل، ليقوم بعد ذلك بجمع النتائج وتلخيصها. وفي حالات أخرى يطلب الطبيب المعالج تزويده بنسخة عن تقارير كل مختص عن كل مشكلة على حده، ليقوم في النهاية بوضع تلخيصه الخاص من خلال مجموعة الفرضيات والتوقعات والنتائج من باقي الاختصاصيين. ومن المهم عدم السماح لهذا الطبيب باختتام خطوات مراحل تشخيص الطفل أو وضع خطة العلاج الشاملة قبل توفر كافة المعلومات عن كل جوانب المشكلة.

اذا كان طفلك يعاني من اضطراب العجز عن التعلّم فقد يغدو قلقا محبطا وكئيبا، وهذه الاحاسيس الثانوية قد تسبب له سلوك فرط النشاط الحركي وشرود الذهن أو الاندفاعية أو كليهما. واذا كان طفلك يعاني من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط ومن عجز التعلّم، وتمّت معالجته من الأولى فقط، فإن مشكلات أخرى سوف تبرز. فقد يبدو الطفل، بعد المعالجة من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط فقط، قادرا على الجلوس والانتباه ومواكبة الجو في صفه. ولأن مشكلته المتمثلة بعجزه عن التعلّم مازالت قائمة، فقد يعود مرة أخرى لشعور القلق والاحباط والاكتئاب، الامر الذي سيدفعه مرة أخرى الى سلوك فرط النشاط الحركي وشرود الذهن. وتصبح هذه السلوكيات النتائج الانفعالية التي نتجت عن عدم معالجة الطفل من عجزه عن التعلّم ولا علاقة لها باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. ولذلك تضح أهمية أن تكون أنت وطبيب طفلك على بيّنة كاملة بكل احتمالات مرحلة علاجه.

وأكرر مرة أخرى، اذا كان الطفل يعاني من مشكلات انفعالية أو اجتماعية أو عائلية، فإنه ليس سهلا اقرار فيما اذا كانت تلك المشكلات هي سبب الاضطراب في العجز عن التعلم أم انها نتجت بسببه.

❖ وضع خطة العلاج ❖

عندما تتجمّع المعلومات كلها، من العائلة والمدرسة وكل الاختصاصيين الاخرين، ويتم اعتماد الفرضيات الواردة فيها وتقويمها، تصبح الحالة المرضية التي يعاني منها الطفل واضحة جلية. وهنا يمكن وضع خطة علاجية متعددة الجوانب بحيث يمكن لها التعاطي مع كل مكامن المشكلات التي تمّ تبيانها وتحديدها:

- ❖ اذا كان الطفل يعاني من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط فيجب أن تتضمن الخطة برنامجا تربويا استشاريا تعليميا للطفل ولعائلته على حد سواء، بالاضافة الى كيفية التعامل مع سلوكياته، واستخدام الدواء المناسب والعمل والتنسيق مع المدرسة.
- ❖ اذا كان الطفل يعاني من عجز في التعلّم يجب أن تتضمن الخطة برامج تعليمية علاجية خاصة، برامج تربوية تعليمية استشارية للطفل وعائلته في ان واحد، والعمل والتنسيق مع المدرسة.
- ❖ اذا كان الطفل يعاني من مشكلات اجتماعية أو عاطفية أو عائلية ثانوية، فيجب أن تتضمن الخطة علاجا للاضطرابات الاساسية لقصور الانتباه مفرط النشاط

أو احتمال عجز التعلّم، مع تدخّل اختصاصيين في علم النفس للطفل ولعائلته معا، والعمل والتنسيق مع المدرسة.

ويمكن تدخّل بعض عناصر العلاج الاخرى، وفقا لما تمّ اكتشافه وتحديده من صعوبات ومكامنها. بعض تلك التداخلات قد تكون بواسطة اختصاصيين في الصحة العامة أو الصحة النفسية أو كليهما. البعض الآخر قد يكون بواسطة عناصر تعمل في نظام المدرسة ذاته، كمربين اختصاصيين، أو اختصاصيين في علم أمراض الكلام والخطابة واللغة أو اختصاصيين في العلاج بواسطة اسناد المهام والانشطة. هذا، ومن الضروري الاشارة الى انه يجب على الطبيب المعالج أن يتعاون ويبقى على اتصال مع كل اولئك الاختصاصيين أثناء قيامه بمهمته مع الطفل ومع عائلته أيضا.

أما بالنسبة لموضوع التعامل مع مشكلات الصحة النفسية، فمن الضروري أيضا وقبل الشروع بمناقشة كيفية المساعدة، معرفة من هم اولئك الاطباء الاختصاصيون في الصحة النفسية المنوي التعامل معهم. بالاضافة الى ذلك، فسوف أعرض في ما يلي مراجعة لانواع الاختصاصات المندرجة في حقل الصحة النفسية والتي ممكن اللجوء اليها وانخراطها في علاج الطفل:

❖ اختصاصيو الصحة النفسية ❖

هناك أربعة أنواع من اختصاصيي الصحة النفسية: الاطباء النفسيون (Psychiatrists) وعلماء النفس (Psychologists) واختصاصيون اجتماعيون وممرّضون اختصاصيون في العلاج النفسي. بالاضافة الى ذلك فان معظم أنظمة المدارس تستخدم مشرفي الصحة النفسية. وكل واحد يتمتع بمعلومات عامة ومهارات في تشخيص الحالات وعلاجها مع قدر كبير من الخبرات. وهكذا فان من الواجب أن تكون ذكيا و تتحرى وتعرف كل شيء عن كفاءات ومقدرات المختص الذي سوف يتعامل مع طفلك أو مع عائلتك. وليكن اهتمامك بكفاءات هذا الطبيب لايقل عن اهتمامك نفسه في التفتيش عن اجود الكفاءات لطبيب سوف يجري عملية جراحية للمخ.

وكل اختصاصي من المذكورين أعلاه قد يقوم بنوع معيّن من جلسات العلاج، تعتمد على حقل اختصاصه ومجالات تدريبه.

الطبيب النفسي، هو قبل كل شيء طبيب، أمضى بعد تخرجه من كلية الطب، من اربع الى خمس سنوات اضافية في التخصّص والتدريب. قسم من التدريب يكون عادة حول علاج الاطفال والمراهقين نفسيا. أما طبيب الاطفال والمراهقين النفسي فإنه

يمضي، بالاضافة الى السنوات الاربع أو الخمس المذكورة أعلاه، سنتين للتدريب والتخصص في علاج الاطفال والمراهقين نفسيا. وبسبب الخبرة التدريبية الطبية التي يكتسبها الطبيب النفسي أثناء مسيرة دراسته وتخصصه، فانه قادر بشكل ممتاز على التفريق بين الاوجه البيولوجية أو السيكولوجية أو البيوسيكولوجية المختلفة لمشكلة الطفل أو المراهق، وذلك أثناء مراحل عملية وضع التشخيص اللازم. ومن بين جميع اختصاصيي الصحة النفسية وحده الطبيب النفسي يستطيع اعطاء وصفة طبية للمريض المعني أو اقتراح ادخاله الى المستشفى. كل الاطباء النفسيين قد خضعوا لتدريبات عن كيفية علاج المريض نفسيا بشكل منفرد، بعضهم خضع لتدريبات عن كيفية العلاج النفسي الجماعي أو لسلوكيات معيّنة أو لعائلة. وبسبب التدريبات الاضافية التي يخضع لها طبيب الاطفال والمراهقين النفسي فان ذلك يؤهله ليكون أفضل وأكفأ من يضع التشخيص البيوسيكولوجي لحالة الطفل أو المراهق ووصف العلاج اللازم له أيضا.

العالم النفسي، يحمل عادة شهادة الماجستير أو الدكتوراه. معظم الولايات في امريكا يشترط حصول العالم النفسي على الدكتوراه كي يحصل على رخصة العمل. والعالم النفسي الذي يحمل شهادة الماجستير يكون قد أمضى سنتي دراسة في برنامج دراسي اضافي يتبع سنوات التخرج من الكلية. أما العالم النفسي الذي يحمل شهادة دكتوراه فتكون دراسته في العيادات أو في الاستشارات الطبية النفسية أو في المدارس أو في النواحي المتعلقة بعلم سيكولوجية النمو. والعالم النفسي الذي يحمل شهادة الدكتوراه يمضي على الاقل من أربع الى خمس سنوات دراسية بعد مرحلة التخرج من الكلية، سنة منها تسمى مرحلة (الطبيب المقيم) في المستشفيات أو العيادات. ونظرا لامكانية ممارسة العالم النفسي أكثر من نوع من التمرينات والتطبيقات والتدريبات العملية، ونظرا لتنوّع الحالات التي يتعاطى معها كطبيب مقيم، فان ذلك كله يؤهله لاكتساب عدد كبير ومنوّع من المهارات ان كان بالنسبة لمختلف أنواع جلسات العلاج أو بالنسبة لمختلف أعمار المرضى. كما أن عمق واختلاف خبرات التدريب على علاج الاطفال والمراهقين هو الآخر يكون متنوعا. ويتمتع العالم النفسي بخبرة وتدريب ومهارة فريدة من نوعها تؤهله القيام بالاختبارات النفسية وأحيانا كثيرة التربوية منها. وهو عادة مدرّب تدريبا ممتازا على كيفية القيام بتقويم حالة المريض وبالتالي علاجه.

ونظرا لاعتماد نوع التدريب والخبرات الاكلينيكية العملية على نوع اختصاص شهادة الدكتوراه، ونوع الاختصاصات التي مارسها أثناء قضائه سنة الاقامة في المستشفى

(كطبيب مقيم)، وكذلك على نوع العمل الذي اكتسب خبراته فيه، فانه قد يكون من المستحسن مناقشة خلفية العالم النفسي الذي سيعالج طفلك.

يحمل الاختصاصي الاجتماعي اجازة جامعية مع مضي سنتين في الدراسات العليا. وبعد حصوله على اجازة الاختصاصي الاجتماعي يجب عليه العمل تحت الاشراف والمراقبة لعدة سنوات قبل أن يسمح له بالتقدم لامتحانات الحصول على اجازة ممارسة العلاج السريري. واذا اجتاز هذا الامتحان بنجاح فانه يغدو عندها اختصاصيا اجتماعيا مرخّصا. ويعتمد مستوى مهارة وخبرات مثل ذلك الاختصاصي في تشخيص وعلاج الاطفال أو المراهقين وكذلك نوع العلاج التي يمكن له توفيرها في هذا المجال، على نوعية الخبرة الاضافية التي اكتسبها بعد تخرجه وعلى التدريب العملي الذي اتبعه ومارسه بعد قضائه سنتي الدراسات العليا (الماجستير). وهكذا فكون المرء اختصاصيا اجتماعيا لا يعني بالضرورة ان لديه خبرة في تشخيص وعلاج حالات الاطفال أو المراهقين. وعليه فإنه من الواجب الالمام بخلفية أي اختصاصي اجتماعي سوف يقوم بعلاج طفلك، ومعرفة كل شيء عن الخبرات التي اكتسبها خلال ممارسته هذه المهنة منذ التخرج. الممرضون الاختصاصيون في العلاج النفسي: منهم من يتم سنتين أو ثلاث أو أربع في برنامج تدريبي يفضي الى نيله شهادة يمنح على أثرها صفة ممرض مسجل. ومنهم من يحمل ليسانس في دراسة التمريض. بعضهم أتّم تعليمه العالي وحصل على ماجستير في التمريض النفسي، وبعضهم الآخر اكتسب خبرات في هذا المجال من خلال عمله في هذا الحقل. ولكي يصبح واحدهم اختصاصياً في التمريض النفسي يجب أن يحصل إما على شهادة الماجستير أو الدكتوراه في التمريض النفسي أو الصحة النفسية، أو أي اختصاص مواز لهذا الاختصاص، وأن يجتاز الامتحان الرسمي بنجاح. والممرض الاختصاصي بالعلاج النفسي الذي يحمل شهادة عليا بالاضافة الى تمرين ممتاز في هذا الحقل، يتمتع بادق المعرفة والمهارات للعمل في هذا المجال، مقارنة بغيره من اختصاصي الصحة النفسية الذين مارسوا الخبرة نفسها. وكثير منهم ركّزوا على العلاج النفسي للاسرة، كما أن كثيرا منهم أيضا يمتلك مهارات للعلاج الفردي، أو السلوكي أو العلاج الجماعي. وكما هي الحال بالنسبة للاختصاصي الاجتماعي، فمن الافضل معرفة الممرض الذي ينوي التعامل مع طفلك أو معك، وما يملكه من الخبرة والتدريب.

مشرفو الصحة النفسية: عبارة عن خليط متنوع، عدد كبير منهم يحمل ماجستير، ويتمتع بكفاءات عالية جدا، بعضهم يتمتع بتدريب أقل وربما أقل كفاءة. اذا كان المشرف

عضوا في الفريق المدرسي المختص فان انخراطه في عملية العلاج يصبح قيّما. أما إذا كان يعمل منفردا ومن خلال عيادته الخاصة، فمن المستحسن السؤال عن كفاءاته وخبراته.

وكما نرى فان هناك العديد من الاختصاصيين في مجال الصحة النفسية، يختلف واحدهم عن الآخر من حيث مستوى الخبرة والتدريب والكفاءة، وليسوا جميعا مؤهلين للعمل في مجال علاج الاطفال والمراهقين. واستغرب حقّا عندما أرى بعض الاصدقاء يفتشون القارة كلها عن أحسن جراح أو طبيب لعلاج جسدي ما أو لاجراء عملية ما، وعندما يتعلق الموضوع بالصحة النفسية فانهم يأخذون أفراد عائلتهم الى مركز محلي للصحة النفسية، دون السؤال عن التدريب والكفاءة والخبرات وغير ذلك! فهل العقل والنفس أقل قيمة من غيرهما؟

لاتتحرج في السؤال عن تدريب وخبرة وكفاءة المختص، ولا تعتبر رفضك لواحد منهم، لم ترتح له تصرفا فظّا، على العكس فلا تنس انك ستعهد بطفلك، وربما بعائلتك، اليه.

❖ العلاج النفسي ❖

كثيرا ما تعكس السلوكيات المختلفة عند الاطفال والمراهقين أنواعا مختلفة من المشكلات الانفعالية، ولذلك فمن المهم أن يشمل التقويم كافة جوانب تلك السلوكيات. واعتمادا على ما تمّ اكتشافه فان أنواعا معيّنة من العلاج توصف للتعامل مع المشكلة المحددة بنجاح. الاّ انه غالبا ما تتم ملاحظة عدد من المشكلات معا ولذلك فان علاجا مركّبا من عناصر مختلفة هو في الغالب ما يتم اعتماده. ولابد من التنبّه الى اولئك الاختصاصيين الذين يقترحون دائما شكلا واحدا من العلاج. سوف اسرد في مايلي وباختصار ضروبا مختلفة من التقويم والعلاج المقترحة:

التقويم الديناميكي التفاعلي (Dynamic) أو ما يسمى بالتحليل النفسي (Psychoanalyrtic) أو تقدير النفس (Intrapsychic Assessmet). وهذا التقويم يتمّ بالحديث مع الاطفال أو المراهقين، أو باستعمال الالعاب كوسيلة للتخاطب والحديث مع الاطفال الصغار. وتكون مهمة من يقوم بالتقويم مراقبة التفاعل بين تفكير الطفل الداخلية وقابليته على تقدير الحقائق والوقائع في عالمه الخارجي المحيط به وقابليته على اتخاذ اجراء وسط للتعامل معها. ويقوم المختص بطرح أسئلة تدور حول مكامن القوى في تلك الجوانب وطريقة سيرها ولمعرفة مكامن مهارات التعامل والتكيّف معها

عند الطفل ولمعرفة مكامن المشكلات والنزاعات التي يعيشها الطفل أو المراهق في تلك الجوانب، وأخيرا فيما اذا كانت عناصر تلك الحالات تتناسب وعمر الطفل. وقد تصدر توصية باتباع علاج نفسي فردي (Individual Psychoanalytically Oriented Psycho-therapy) اذا تمّ اكتشاف مثل هذه النزاعات.

أما بالنسبة لتقويم السلوك فتكون مهمة المختص مراقبة وتدوين السلوكيات الصادرة عن الطفل في محاولة لمعرفة كيف تمّ تعلّمها وسبب استمرارها. وكيف يمكن تغيير تلك السلوكيات اذا كانت تعاني من قصور، وما الذي يعززها ويقويها، بالاضافة الى ذلك فان بامكانه تقدير قابلية الطفل للتعامل مع حالات القلق أو أحاسيس معيّنة، أو الحالات والتجارب التي تسبب التوتر وصعوبات الأداء. وقد يشمل علاج السلوك لمثل تلك الحالة خطة لبرامج ادارة وتنظيم السلوك، وأساليب التعامل مع القلق (مثل علاج الاسترخاء المتدرج (Progressive Relaxation Therapy ، وهي وسيلة علاجية نفسية تعلم الفرد أن يسترخي تدريجيا وأن يترك عضلاته تسترخي الى أن يصل الى حالة من الراحة التامة) أو اساليب التعامل مع المشاعر والافكار (تسمى العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive - Behavioral Therapy).

تقويم العلاقات الشخصية المتبادلة (Interpersonal Evaluation) يكون غالبا عن طريق الرصد والملاحظة المباشرة للطفل أو المراهق في العديد من جوانب تعامله مع الآخرين. أو جمع معلومات عنه من الاشخاص الذين يراقبونه في تلك الحالات. كيف يتفاعل الطفل مع أترابه ومع الكبار؟ ما الدور الذي يسهم فيه في علاقاته معهم؟ هل هناك نماذج لسلوكيات تدل على وجود صعوبات لديه في ما يتعلق باتصاله وتعامله مع الاخرين؟ فاذا تمّ اكتشاف صعوبات في هذه الجوانب فان العلاج الجماعي هو المقترح في مثل هذه الحالة. أما إذا كان للصعوبات علاقة بالمهارات الاجتماعية فان التدريب على المهارات الاجتماعية هو المناسب.

عند تقويم العائلة ينظر المختص الى الكيفية التي تعمل بها العائلة. تتم مشاهدة العائلة كلها معا. ما هو دور الطفل أو المراهق فيها؟ ما هو أثر هذا الدور على باقي افراد العائلة؟ ما هو أثر باقي افراد العائلة على الطفل أو المراهق؟ ما هي علاقة الوالدين مع بعضهما البعض، وكيف تنعكس هذه العلاقة على العائلة كلها؟ فاذا ما تمّ اكتشاف مشكلات في هذه الجوانب، فان العلاج العائلي (Family Therapy) أو علاج الازواج (Couple Therapy) هو المقترح.

مع انتهاء تقويم بعض الاطفال قد يتضح ان مشكلاتهم معقّدة وتحتاج الى أكثر من

مسار في مجال العلاج. وعليه فانه من الضروري أولاً مقابلة العائلة كلها لسببين، اولهما اعلام الوالدين وارشادهما عن الحالة وثانيهما مساعدتهما على استعادة رباطة الجأش والثقة بنفسيهما. وفي الوقت نفسه فانه قد يكون من الضروري اتخاذ طريقة كفيلة بتعديل ووضع حد لبعض سلوكيات الاطفال أو المراهقين غير المقبولة. وحال انضباط تلك السلوكيات يمكن البدء في مقابلة الاطفال أو المراهقين منفردين ومع الابوين كزوج. وتستمر مقابلة العائلة كلها معا في مناسبات معيّنة.

ولكي تساعد طفلك ما عليك الاّ اختيار اختصاصي كفوء ذي مهارات ممتازة مارس خبرات كثيرة في هذا المجال، تشعر براحة وثقة وسهولة بالتعامل معه. ويفضل أن يكون المعالج متقبلا لقيامه بأكثر من مسار أو اسلوب للعلاج ويتمتع بمرونة لاستعمال أي طريقة أو مسار علاجي أينما وحينما يشعو بأنه مفيد. ويجب أن يلمّ الماما كاملا باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط ومشكلات الطفل أو المراهق معها ومع عائلاتهما.

❖ تلخيص ❖

ان خطة مركّبة من عدد من النماذج والمسارات العلاجية ضرورية لعلاج اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. وقد يكون المعالج هو يدير كل جوانب العلاج أو ينسّق مع غيره أو قد يقوم بدور ما في جانب من جوانب تلك الخطة. ومهما كان دوره في هذه الخطة فان من المهم أن يكون على اطلاع كامل ومتواصل بما يقوم به الآخرون أثناء سير خطوات العلاج، وأن يكون هناك تنسيق كامل بين جهودهم جميعا. وتشمل تلك الخطة المركّبة مايلي:

١- ارشاد وتوعية المصاب وعائلته عن طبيعة هذه الاضطرابات.

٢- الاستشارات المقدمة للمصاب وعائلته.

٣- برامج مناسبة لادارة وتنظيم السلوك.

٤- استعمال الادوية المناسبة.

الفصل العاشر

التربية الفردية والأسرية

قد تكون معظم سلوكيات طفلك ومشكلاته المدرسية مربكة. وقد تعكس هذه المشكلات اصابة الطفل باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط مع احتمال وجود مشكلات أخرى ذات علاقة بتلك السلوكيات. وربما يركز مدرّسه على ظواهر تلك السلوكيات من دون ادراكه للمشكلة الحقيقية، وهو لذلك يصنف الطفل من خلال تصرفات مثل عدم قابليته على الخلود للهدوء أو عدم قابليته على المثابرة في انجاز واجبه أو عدم اتمامه له، وتصرفه المتهور المتمثل بمقاطعته لكلام وأعمال الاخرين وباقتتاله معهم. ومن ناحيتكما انتما والدا الطفل، قد تكرران قلقكما مما يشتكي منه مدرّسه لطبيبه، بغية التوصل الى حل لهذا القلق من ناحية ولمشاركة الطبيب احباطكما وتجربتكما من ناحية ثانية. ولابد أنكما تذكّران ذلك الطبيب دائما وفي كل مرة تشتكيان فيها من استمرار ما تعانيان به جراء هذه المشكلة، بما قمتما به من نقاش مع مدرّسي طفلكما ومع طبيب العائلة بخصوصها، ولسنوات عديدة. وبالجواب الدائم الذي كنتما تسمعانه والذي مفاده "أنكما والدان تبالغان في القلق" أو "أن طفلكما سوف يتخلص من تلك المشكلة مع الكبر" وتدركان أن كلا الجوابين كان خطأ، وان المشكلة استمرت وزادت سوءا.

وقد تحاول ادارة المدرسة وضع احباط المدرسين ويأسهم من ذلك الطفل، على كاهل الاهل. ونادرا ما يتلقى الوالدان اتصالا من المدرسة مثلا للاشادة بمجهودهما وتربيتهما وعنايتهما بطفلهما فيما لو أظهر الطفل سلوكا ممتازا أو عملا مميزا. بل على العكس يتلقان الاتصالات التي تحمل شكاوي ضد سلوك الطفل المزعج أو عدم اتمامه واجباته وتكون الرسالة غير المباشرة التي يتلقاها الوالدان دائما "افعلا شيئا بحق طفلكما، علّماه كيف ينضبط ويتعلم".

والطفل بدوره أو المراهق يصاب بالاحباط أيضا. فعجزه بالنسبة له ليس واضحا. اذ له عقل واحد يبقى معه طوال حياته، ولا يعرف أنه لايعمل كما تعمل عقول الآخرين. كل ما يعرفه انه يرغب في أن يكون مجتهدا شاطرا وهو لذلك يبذل جهدا كجهود الآخرين

لتحقيق ذلك، الاّ أنه لاينجح في هذا ويجد نفسه فاشلا ومتورطا في المشكلات. وفي النهاية ومع مرور الوقت، يبدأ هو بتصديق كل ما اتهم به وقيل عن فشله وقصوره وكسله وعدم محاولاته التحسّن ومشاكساته وتسببه في وقوع المشكلات.

من هذا المنطلق فان أولى وأهم خطوات الخطة العلاجية المركّبة ذات النماذج والمسارات المتعددة، التي يوصى بتطبيقها، هي ارشاد المصاب والوالدين وتوعيتهم بما يحيط بالمشكلة كلها. وقد تشمل هذه الخطوة باقي أفراد العائلة، الاخوات والاخوة والجدين والمربيات. كل فرد منهم يجب أن يتفهم هذا النوع غير المرئي من العجز. كل فرد منهم يجب أن يعي أن هذا الاضطراب، رغم أنه غير ظاهر، يؤثر مثله مثل أي نوع آخر من العجز. كل منهم يجب أن يفهم أن الطفل أو المراهق المصاب بهذه الاضطرابات ليس غبيا. وأخيرا عليهم جميعا أن يفهموا تماما الخطة العلاجية المتبعة.

لقد تابعت ولاحقت، وعلى مدى ٢٥ سنة من تعاملي مع أشخاص مصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط أو العجز عن التعلّم، مسيرة حياتهم منذ طفولتهم الى شبابهم. وكنت دائما أطلب منهم أن يخبروني عن أكثر عناصر العلاج الذي طبق عليهم نجاحا. وكنت اقول لهم أنني اريد أن أتعلم منهم ومن تجربتهم كي أستطيع تقديم مساعدة أكبر للآخرين. وكان الجواب الدائم: "اكثرها نجاحا هي حين اخبرتني عن حالتي"، وقبل ذلك الوقت كانوا يعتقدون أنهم أغبياء وأنهم سيئون. وبعد ذلك بدأوا يفهمون مشكلتهم أكثر واستطاعوا، بما زودوا به من معلومات عن أنفسهم، ان يعيدوا النظر أو يغيروا نظريتهم لذواتهم.

كما الحال في غيرها من المشكلات المزمنة، فمن الواجب أن يفهم الطفل أو المراهق عجزه، وتأثيره عليه في كل مرحلة من مراحل عمره. ويجب أن يفهم أيضا مسار العلاج الذي سوف تطبق عليه، وما الذي سوف ينجزه ويحققه هذا العلاج، ودور الطفل أو المراهق المهم في نجاحه ومع تفهمه ووعيه لأهمية دوره يزداد تقبله وتجاوبه لخطة العلاج.

❖ خطوات الارشاد والتوعية ❖

تبدأ خطة التوعية والارشاد التي أتبعها، بجلسة اشرح فيها عن الحالة لوالدي الطفل. فاذا كان الطفل يعاني من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط فانني أشرح هذا الاضطراب وخطة العلاج المقترحة . أما اذا كان الطفل يعاني من اضطراب العجز عن التعلّم فانني أشرح ايضا ما الذي يعنيه هذا، شارحا المدخلات والتكامل

والذاكرة والمخرجات المذكورة في الفصل الرابع.

وقبل البدء بهذه الجلسة الاولى، اقوم بمراجعة كل المعلومات الواردة اليّ من الطبيب النفسي المختص والتقويم الاكاديمي الخاص بالطفل. فاذا لم افهم جزءا من تلك التقارير اقوم فورا بالاتصال بالاختصاصي الذي كتبه وأطلب منه توضيحه وشرحه لي. لأنني أرغب في نقل تلك المعلومات لي و لوالديّ الطفل بلغة مفهومة وبشكل واضح. واذا كانت هناك مشكلات انفعالية اجتماعية أو عائلية فانني اقوم بتوضيح وشرح كل واحدة على حده وفيما اذا كانت تلك المشكلات هي السبب في مشكلات الطفل الاكاديمية أم أنها ثانوية ناتجة عن اصابة الطفل باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط أو العجز عن التعلّم. وأختتم اللقاء بالاشارة الى أهمية الخطة العلاجية المركّبة ذات المسارات والنماذج المتعددة في هذا الشأن ومن سيقوم بتنفيذ كل نموذج أو مسار منها. وما هو دوري فيها، ان كان في العلاج أو في التنسيق.

جلستي الثانية تكون مع الطفل أو المراهق، حيث أقوم بمراجعة كل القضايا التي تطرقت اليها مع الوالدين. ولعل الفرق الوحيد في مقابلتي لطفل في الخامسة أو العاشرة أو الخامسة عشرة من عمره يكون في أسلوبي في الكلام والتحاور. وكل منهم يفهم أنني سأحاول الاعتماد على مواد جلسات التشخيص السابقة، مثلا أقول: " لقد قلت لي أنك عندما تقرأ تقفز من سطر الى آخر، أو كلمة الى أخرى. وهذا يعني المشكلة المتمثلة في صعوبات الشكل والارضية (وهي سمة عامة في عجز الادراك البصري)، كما تطرقنا اليها للتو. "وعندما أشرح حالات العصبية أو الشرود أو الاندفاعية يفهمون ما الذي أعنيه.

وأنهي الجلسة بالتأكيد على أنهم ليسوا أغبياء وليسوا سيئين. وأشدد على أننا عرفنا الآن لماذا عانوا ويعانون من صعوبات في مدارسهم وحياتهم وأننا سوف نبذل قصارى جهدنا كي نجعل حياتهم أكثر نجاحا و افضل مما هي عليه. وهذه العبارات الاخيرة مهمة جدا، اذ لايجوز لأي طبيب على الاطلاق أن يقول للطفل أو المراهق أن فيه مشكلة دون الاشارة فورا الى كيفية التعامل مع تلك المشكلة والطرق المساعدة للتغلب عليها.

الجلسة الثالثة تكون مع العائلة كلها، فبالاضافة الى الاخوات والاخوة، اشجّع باقي افراد العائلة لحضورها. فمثلا أصر على حضور أحد الجدين الذي يعتقد أن الطفل لا يعاني من أي مشكلة، وان كل ما في الامر هو ان الأم ليست صارمة بما فيه الكفاية. ومرة أخرى أقوم بمراجعة ما تمّ اكتشافه وأشرح الحالة وأراجع خطة العلاج. وأطلب

آنذاك من الطفل المعني أن يساعدني، فأقول مثلا: للطفل "لا أعتقد أنني أقوم بمهمتي على وجه حسن بما يتعلق بشرح هذه المشكلة لأخيك. هل لديك أي مثال ممكن أن نضربه له ويساعدنا في هذا الامر؟ "مهمتي هي توعية وارشاد كل افراد العائلة والبدء في تغيير الدور الذي كان يلعبه ذلك الطفل أو المراهق فيها. ذلك الطفل ليس طفلا سيئا في عائلته وليس مسبب المشاكل في مدرسته وليس غبيا وليس متخلفا عقليا. هناك أسباب لقيامه بتلك التصرفات وهناك وسائل للعلاج والتخلص منها. ولابد أيضا من التنويه الى أهمية مساعدة الوالدين والاخوات والاخوة في ما عانوه ويعانونه من تحمّل لتلك التصرفات، وأهمية وضع حد لاستمرارها. هم بحاجة لمعرفة أن سلوك ذلك الطفل له أسبابه وليس لمجرد أنه طفل سيئ. وحالما يتم التعامل مع المشكلة، يصبح من المتوقع أن تتناقص تلك السلوكيات أو تتوقف نهائيا. وخلال تلك الجلسة يكتسب الطبيب معرفة أفضل عن ديناميكية تلك العائلة وتفاعلها وأشكال تداخلات علاقاتها التي قد يحتاج اليها الطبيب لنجاح خطة العلاج.

وقد يقول البعض أن جلسات ثلاث كهذه تعتبر طويلة. لكنني أراها بمنتهى الفائدة للطبيب وللعائلة معا، اذ مع نهاية الجلسة الثالثة ألاحظ أن حيرة الوالدين والاخوات والاخوة والطفل المعنى أصبحت أقل مما كانت عليه، وكذلك اصرارهم على الانكار بوجود اضطرابات ما. ومن تلك الجلسات ابدأ ببناء قاعدة للمعلومات عن الحالة يمكن استخدامها في جميع مراحل العلاج. ولأن اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط مع احتمال الاصابة بعجز عن التعلّم قد تكون مزمنة، فان خطة العلاج قد تستمر لسنوات عديدة، مع تعديلها وتنقيحها وفق تطور كل مرحلة. وعلى المدى البعيد يتضح ان هذه الجلسات الثلاث أفضل طريقة للاستفادة من الجهود اكلينيكيا و زمنا.

❖ خطوات التوعية والارشاد مع المدرسة ❖

من المهم أن تتفهم المدرسة وتقبل ما تمّ اكتشافه اكلينيكيا في حالة الطفل. وإذا كان الطفل أو المراهق يعاني من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط فان المدرّس الذي سوف يتعامل معه سيكون بحاجة الى مساعدة. واذا كان هناك استعمال للادوية فان المدرّس والآخرين في المدرسة بحاجة لمعرفة ما الذي عليهم ملاحظته أو مراقبته وما يتعين عليه فعله.

❖ توعية خاصة بتناول الدواء ❖

يجب ألا يلجأ الطبيب الى استعمال الدواء الاّ اذا كانت اضطرابات قصور الانتباه

مفرط النشاط هي سبب سلوك الطفل أو المراهق. فإذا كانت الحالة هكذا فعلى الطبيب معرفة أن هذه الاضطرابات عبارة عن اضطراب مزمن ومنتشر. كما ان عليه الاقتناع بالحقائق التالية وتوعية الوالدين بشأنها:

١- اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط ليست عجزا يواجه الطفل في المدرسة فقط، بل هي عجز يواجهه في جوانب حياته الاخرى كلها. فالعقل لا يعرف الفرق بين الساعة التاسعة صباحا والساعة السادسة مساء، أو الفرق بين الاثنين والسبت، أو نوفمبر واغسطس، أو الايام الدراسية وايام العطل. فاذا ما عالج الطبيب الطفل المصاب فيما بين الساعة الثامنة صباحا وحتى الرابعة بعد الظهر، خلال الايام المدرسية، فقد يتحسّن أداء ذلك الطفل أو المراهق في المدرسة، الاّ أن الصعوبات سوف تلاحقه وتبقى معه في بيته مع عائلته وأثناء انجازه لواجباته وفي علاقاته مع أترابه. وعليه فان على الطبيب أن يقوّم الحاجة الى تناول الدواء خلال ساعات اليوم كلها واستعماله عند الحاجة.

٢- قد تستمر الاصابة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط الى ما بعد سن البلوغ وحتى الى فترة الشباب. وكما تمّ ذكره سابقا فان ٥٠ في المائة من الاطفال المصابين بهذه الاضطرابات يشهدون تحسّنا لدى بلوغهم. وتبقى الاضطرابات موجودة لدى ٥٠ في المائة منهم خلال مرحلة المراهقة. و ٧٠ في المائة من اولئك المراهقين أو أكثر قد تستمر معهم هذه الاضطرابات الى مرحلة الشباب. وليس هناك ما يميز مرحلة البلوغ عن غيرها. فالانسان الذي تستمر معه هذه الاضطرابات الى تلك المرحلة، تستمر في الوقت نفسه حاجته الى تناول الدواء.

أن المام الوالدين بمفهوم اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط الماما كاملا يعتبر امرا حيويا، وكذلك معرفة خطة العلاج المقترحة. والمام الطفل أو المراهق بهذين الجانبين لا يقل أهمية عن المام الوالدين بهما. وكلمة "دواء" تخيف كثيرا من الاهالي، اذ لايرغبون في وضع طفلهم تحت تأثير "المخدرات" أو "المهدئات" أو "المسكنات". ومن هنا تجدر الاشارة الى أننا لا نستعمل أيا من تلك العقاقير، بل نستعمل "الادوية" وهذه الأدوية ليست مخدرا ولا مهدئا ولامسكّنا. وكما سنعرض في الفصل الثالث عشر، فان هذه الادوية تجعل أداء طفلك طبيعيا، وهي الادوية التي تصحح نقص المركّب الكيماوي في مخ الطفل، وتسمح بالتالي لذلك المخ بالعمل بشكل طبيعي.

وقد يكون بعض الاهالي قد سمعوا عن الادوية التي توصف للعلاج من اضطرابات

قصور الانتباه مفرط النشاط بعضها قد يكون ناقصا أو خطأ أو منحازا. ولهذا تجدر الاشارة الى أن ادارة مراقبة الادوية والاغذية في الولايات المتحدة الامريكية تفرض ذكر كافة الآثار الجانبية لكل دواء مهما كان نوعه ومهما كان وقوع تلك الآثار نادرا. ويجب في الوقت نفسه أن يستمع الطبيب ويتفهم قلق الاهالي وأن يجيب عن كل أسئلتهم.

❖ توضيح المفاهيم المتعلقة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط ومبررات العلاج ❖

أود أن أصف كيف أشرح للوالدين أو للطفل أو للمراهق عن اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط ودور استعمال الدواء في العلاج. وما سأسرده من بيانات الآن مبنية على آخر ماتوصلت اليه الابحاث في هذا الشأن. وسأعمد الى تبسيط بعض المفاهيم بغية توضيح الموضوع مع العلم انني، حسب اعتقادي، سأزودكم بما سأسرده الآن بأفضل المعلومات المتوفرة عن هذه الاضطرابات وعلاجها.

أولا سوف أراجع ما تقترحه وبقوة، الدراسات الراهنة وتوحي به حول هذه الاضطرابات. ليست كل الحقائق متوفرة وبمتناول اليد، الاّ ان تلك الدراسات تعطينا فهما ما لهذه الاضطرابات. دعوني أراجع كلا من هذه السلوكيات: فرط النشاط - قصور الانتباه - والاندفاعية.

فرط النشاط:

ليس من المألوف اطلاق هذا الوصف على الطفل أو المراهق الذي يركض حول الطاولة وغير قادر على الجلوس بهدوء. هذا المصطلح يوصف به عادة الشخص المتميز بحركات عصبية متوترة، ذو الحركات الدائمة أبدا؛ أصابعه تتحرك بشكل مستمر، ينقر بقلمه، يتقلب صعودا هبوطا يمينا يسارا في مقعده. وجزء من جسمه يجب أن يكون دائم الحركة لا يهدأ.

يوجد في المخ منطقة مهمتها اثارة نشاط الجهاز العضلي أو الحركي. وهي موجودة في الجزء المتعلق بالتفكير في المخ الذي يسمّى "اللحاء" (Cortex). وأنا أطلق على هذه المنطقة بتشبيه السيارة تعبير "دوّاسة البنزين" - وهناك منطقة أخرى في اسفل الدماغ تسمّى منطقة التحكم بالنشاط العضلي وهي التي تقرر كم من الرسائل القادمة الى المخ سوف يتابع سيره الى الجهاز العضلي. وأنا أطلق على هذا القسم اسم الفرامل. ويوجد عادة توازن ينظّم العلاقة بين "دواسة البنزين" و "الفرامل"، بحيث تبدو الفرامل وكأنها

عنصر التحكّم. ويبدو ان الغاية من وجود هذه الطريقة في التحكّم بنشاط العضلات هي المساعدة على البقاء. فمثلا اذا قفز بوجهك فجأة كلب وهو ينبح، لن تقف وتقول "لدواسة البنزين" - في المخ - "اخرجيني من هذا المكان"، انما ستهب فورا لحل "الفرامل" والانطلاق بعيدا. وبعد ذلك سوف تقف وأنت تتنفس بصعوبة وقلبك يدق بسرعة محاولا استعادة نشاطك وتوازنك.

ومن خلال استعمال هذا المثال، يبدو أن "فرامل" الاطفال أو المراهقين المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط والواضحة المعالم من خلال فرط النشاط الحركي المصابين به، لا تعمل بفاعلية كافية. وتكون "دوّاسة البنزين" عندهم غير منضبطة بالشكل المطلوب، الأمر الذي يلقي على الجهاز العضلي للمرء المصاب سيلا من الانشطة الحركية. وقد أشارت نتائج الدراسات الراهنة، وبقوة، الى ان عدم فاعلية تلك "الفرامل" هو نتيجة لنقص مركب كيماوي معيّن في الموصلات العصبية السمبتاوية في المخ، وهو الناقل الكيماوي المسمّى نوريبنفرين. ولذلك فان الدواء الذي يوصف لعلاج هذه الحالة يسهم في زيادة كمية هذا الناقل الكيماوي في العصب الموجود في القسم الاسفل من المخ. وعندما يصل مستوى هذا الناقل الكيماوي الى حدّه الطبيعي، تعمل "الفرامل" عندها بفاعلية وتتحكم "بالدواسات" بشكل فعال ومتوازن أيضا، الامر الذي يسفر عن تراجع فرط النشاط الحركي عند المصاب، وتجعل منه انسانا "طبيعيا". وطريقة عمل هذا الدواء تشبه الى حد بعيد طريقة عمل "الانسولين" الذي يوصف للمصابين بداء السكري. فعندما يتناول المصاب بداء السكري عقار الانسولين، يغدو أداؤه طبيعيا، وعندما يؤيض هذا الدواء، يرجع هذا الشخص ليعاني من الداء مرة أخرى. وينسحب الامر نفسه على المصاب باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط اذ عندما يتناول المصاب الدواء المذكور، يصبح أداؤه طبيعيا، وعندما يؤيض الدواء يعود أداؤه الى سابق عهده.

قصور الانتباه:

أولا، دعوني أراجع مفهوم قصور الانتباه، بأنواعها الداخلية والخارجية والتي تمّ وصفها في الفصل الثالث. ففي اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط نجد نوعا معيّنا من شرود الذهن الذي يجعل صعبا على المصاب بها التفريق بين المثيرات المناسبة ذات الصلة بالموضوع المعني في محيطه وبين تلك الأخرى التي لا علاقة لها بما يجري. والمصاب يعاني من صعوبة تجاهل المثيرات غير المهمة من عالمهم، ولذلك فانهم معرضون للانشغال بأي منها، الامر الذي يجعلهم عرضة لعدم المقدرة على اطالة فترة

تركيزهم على موضوع ما.

ودعوني مرة أخرى أراجع ببساطة كيفية معالجة المخ وتعامله مع المعلومات التي ترده من الحواس: تدخل المعلومات نظام التصفية في المخ، فاذا كانت تلك المعلومات مهمة، سمح لها بالعبور الى منطقة "اللحاء" في المخ، وهي المنطقة المخولة بالتفكير، أما اذا كانت غير مهمة ويمكن معالجتها في مستويات المخ السفلية، فانها تعالج عندها. وبهذه الطريقة تبقى منظّمة ولا تتكدّس فيها أكوام جميع المثيرات الواردة الى المخ. وتبين ان تلك المصفاة "Filter" تقع في المنطقة نفسها التي تقع فيها "الفرامل" - المذكورة سابقا في فرط النشاط الحركي - ولهذا السبب نجد ان السلوكين اللذين لا علاقة للواحد بالاخر، وهما فرط النشاط الحركي وشرود الذهن، يظهران معا لدى الشخص المصاب.

ودعوني أوضح كيفية عمل "نظام التصفية" الطبيعي في الدماغ. فمثلا عندما تكون في محل تجاري ما فان العديد من الاطفال يصرخون "بابا" "ماما"، لكنك تسمع صوت طفلك فقط من بين كافة تلك الاصوات. أو، اذا كنت مثلي، فانني أحيانا أستغرب كيف وصلت الى البيت سالما، اذ كنت طوال وقت قيادتي لسيارتي، شاردا في أحلام اليقظة. والجواب ان للدماغ مقدرة على معالجة الامور الثانوية في القسم السفلي منه تاركا لمنطقة "اللحاء" حرية التعامل مع الامور الاهم.

أما في حالة الاصابة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط فان "نظام التصفية"، مثله مثل "الفرامل" المذكورة سابقا، لا يقوم بعمله بفاعلية كاملة، وذلك بسبب نقص الناقل الكيماوي "نوريبنفرين" في الوصلات العصبية، ولذلك فان الادوية التي توصف لعلاج هذه الحالة تزيد من مقدار ذلك الناقل الكيماوي ليصل الى المستوى الطبيعي الامر الذي يمكّن "نظام التصفية" من العمل بفاعلية وبشكل طبيعي. وعندما يحدث هذا، يتمكّن المرء من تصفية اولويات المثيرات لديه ويتمكن المخ من اسقاط غير المهم منها الى جزئه السفلي، وتعطيل مقدرتها على اشغال الشخص بها ودورها في عدم السماح له باطالة فترة تركيزه على الاهم، وليترك المجال للاهتمام بما هو مهم، ويستطيع المرء بالتالي التخلص مما يشتت انتباهه من المثيرات الصوتية والبصرية من محيطه.

الاندفاع:

نعرف عن سلوك الاندفاعية أقل مما نعرفه عن فرط النشاط الحركي وشرود الذهن. ودعوني اقدم تفسيرا لهذا السلوك. لمعالجة المعلومات في المخ، يبدو أنها تصل

جميعها أولا الى منطقة معيّنة أسميها "مقسم التوصيلات (Circuit Board) ومن هناك يتم توصيلها الى كافة أنحاء المخ توطئة للقيام بالاجراءات اللازمة ومن ثم تعود الى "مقسم التوصيلات" مرة أخرى توطئة لاظهار ردات الفعل. واصابة المرء باضطراب الاندفاعية يعني ان هذا المقسم لايعمل بفعالية كافية، وان قصورا فيه هو الذي يدفع المرء لاظهار ردات الفعل الفورية لعملية ورود المعلومات الاولية الى المخ دون التوقف قليلا للتفكير فيها قبل اتخاذ الاجراء لفظا أو حركة.

ويبدو ان هذا "المقسم" يقع في المكان نفسه الذي تقع فيه "الفرامل" و "المصفاة" في الجزء السفلي من الدماغ، وان سبب عدم قيامه بمهمته بفعالية راجع للسبب نفسه أيضا، أي نقص كمية الناقل الكيماوي "نوريبنفرين" في الوصلات العصبية في المخ. والدواء الذي يوصف لمعالجة هذه الحالة يعمل على زيادة كمية ذلك الناقل الكيماوي ويرفعه الى مستواه الطبيعي، وعندها يبدأ المقسم بالقيام بمهامه بفاعلية وبشكل طبيعي، الامر الذي ينعكس على المرء ليعود تصرفه طبيعيا أيضا ويتوقف عن التصرف باندفاعية، أي انه يترك لنفسه مجالا للتفكير قبل الكلام أو الحركة.

بقي علي أن أنوّه الى أمر ما، وهو ان استعمالي لهذه التعابير "الفرامل" و "المصفاة" ومقسم التوصيلات "ليس الاّ للتبسيط. ولا أرى ضيرا في استعمال هذه التعابير الرمزية البسيطة، والتي هي أقرب ما يمكن الى اكتشافات ونتائج الدراسات الراهنة عن اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط، وأنا اذ استعملها كرموز بسيطة فانني أرمي من ورائها الى تبسيط شرح المشكلة وتبرير علاجها للاهل وللاطفال. وعندما أبدأ علاج مثل هذه الحالات أستعمل هذه التعابير اختصارا، فمثلا قد اقول "نظام التصفية يعمل بشكل أحسن من السابق، انما ليس بشكل كامل" . "لايزال شارد الذهن قليلا، أرى أن نزيد من كمية الدواء." كما أن هذه الطريقة في تبسيط المفاهيم والمصطلحات لها أهميتها الخاصة لدى الحديث عن سبب استعمال الدواء حيث نرجع أسباب هذه الاضطرابات الى الجهاز العصبي، وتقلل من قلق الاهل حول وضع طفلهم تحت تأثير "المخدرات" أو "المهدئات" أو "المسكنات"، أو اننا نعمد الى ذلك لتأمين سعادة وراحة مدرّسه أو لاسعاده هو بالذات وجعله يعيش هنيئا بين عائلته. فالدواء ليس لأي من هذه الاسباب انما لجعل الطفل "طبيعيا"، ومثال تناول المريض بداء السكري للانسولين خير مثال على ذلك.

❖ تلخيص ❖

أهم خطوة في مسارات الخطة العلاجية المركّبة هي المرحلة الاولى المتمثلة بالتوعية والارشاد. ويجب أن تشمل هذه المرحلة جميع أفراد العائلة، الطفل أو المراهق المصاب، والوالدين، والاخوات والاخوة. ولعل هذه الخطوة هي نقطة الانطلاق التي منها يبدأ المصاب وعائلته في قبول المراحل اللاحقة من عملية العلاج والتعاون بشأنها وبشأن أي اضطرابات أخرى ذات علاقة بها.

الفصل الحادي عشر

الارشاد الفردي والارشاد الاسري وارشاد الابوين

غالبا ما تقود عملية ارشاد وتوعية الاهل والمصاب، الى تغييرات انفعالية وسلوكية عند الاهل والمصاب باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط في آن واحد. ويغدو الوالدان أكثر مساندة وتفهما لطفلهما المصاب، الامر الذي يفضي الى اعتماد برامج تعليمية خاصة مناسبة له ضمن نظام المدرسة. ويشرعان بفهم طفلهما أكثر ويغيران من أسلوب تصرفهما كوالدين.

واذا رأيتما أنه بعد هذه الجهود المبذولة لا زلتما أنتما وطفلكما، بحاجة لمساعدة أكثر، فان خطة علاج اضافية قد تكون ضرورية، كالعلاج النفسي الذي يركّز على اساليب ادارة السلوك وتنظيمه مثلا. وقد يكون أحد الوالدين أو الاثنان معا بحاجة لمساعدة لتمكينه من التعامل مع الاضطرابات الانفعالية ومع نزاعه ومقاومته لهذه المشكلة. كما ان الطفل المصاب قد يكون بحاجة للمساعدة لتمكينه من التغلب على الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، أو للتغلب على عناده ورفضه.

وقد يكون من المستحسن للوالدين أن يخضعا لجلسات علاج لوحدهما معا وبصورة ثنائية، وأن يخضع الطفل بمفرده لجلسات علاج ديناميكي تفاعلي أو سلوكي، وبشكل منفرد أيضا، أو أن تبدأ العائلة بالانخراط بجلسات علاج عائلية. ومن الأهمية بمكان تأجيل هذه المرحلة الاخيرة الى ما بعد تقويم الطبيب وتقويمكما معا على ان المشكلة بدأت تتحسن أو تعالج أثناء مرحلة التوعية والارشادات المذكورة سابقا، أو باجراء استشارات جنبا الى جنب مع استعمال الادوية المناسبة.

ومهما كان دور الطبيب في هذه القضية، فانه من المهم ان يأخذ دائما بعين الاعتبار أثر هذه الاضطرابات وغيرها من الاضطرابات ذات العلاقة على طفلك وعلى العائلة كلها. وأن يعي أن مثل ذلك الاثر قد يلعب دورا أثناء العلاج.

❖ التعامل الاكلينيكي مع الطفل أو المراهق ❖

اذا استمر الطفل أو المراهق بمواجهة اضطرابات انفعالية وسلوكية، حتى بعد القيام

باجراءات التوعية والارشاد له، وتكيّف المدرسة وتعاونها مع المصاب، واستعمال الادوية المناسبة، فان من المستحسن اخضاعه لجلسات علاج فردية. فقد يقترح العلاج النفسي الديناميكي التفاعلي - وهو علاج يدرس البواعث والمحركات، وتمثله مدارس التحليل النفسي التي تؤكد على العلاقات السببية - أو العلاج السلوكي المعرفي واسلوب هذين العلاجين مثل الاساليب المتبعة في علاج الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الاخرى.

أولى خطوات جلسات العلاج هذا تكون منصبة على توعية وارشاد الطفل أو المراهق المصاب بكل ما يتعلق بمشكلته وبكل الآثار التي تلقي بها عليه وعلى كافة جوانب حياته. وعندما يتفهّم ذلك يصبح بامكانه محاولة فهم المصاعب التي كانت تواجهه في الماضي وتجاربه القاسية بهذا الشأن، الامر الذي سيسهم في تحسّن نظرته لنفسه وثقته بها.

ان من النادر أن يدرك الطفل أو المراهق دوره في المشكلات التي يخلقها ويعاني منها أهله ومدرسته وأصحابه. ولذلك فقد يتمكّن المعالج (نفسيا) من استرجاع وقائع مشكلة حديثة من تلك المشكلات بغية التركيز على دور الطفل أو المراهق فيها في محاولة للفت نظره الى ذلك الدور، ورؤية الآثار التي نجمت عن المشكلة على الاخرين. وعندما يدرك هذا الدور وما جرى له ولغيره تصبح حاجته ماسة لتقديم السلوك البديل، جنبا الى جنب مع اعطائه صورة عن الاستراتيجيات والخطط العلاجية المطلوب منه التعاون بشأنها.

وهذه الطريقة العلاجية تساعد أيضا الاطفال أو المراهقين الذين يعانون من اضطرابات انفعالية وسلوكية تظهر جلية في ضعف الثقة في النفس وتقدير الذات، أو في القلق أو الاكتئاب أو كليهما. أما اولئك الذين يعانون من اضطراب السلوك اللااجتماعي، فان علاج الجلسات الجماعية أو العائلية، جنبا الى جنب مع خطة علاج تعتمد على ادارة ضبط السلوك قد يكون مفيدا.

❖ التدريب على المهارات الاجتماعية ❖

يحتاج الانسان الى مهارات اجتماعية معينة كي يتمتع بالمقدرة على التعامل مع البيئة الاجتماعية والتي تشمل عناصر مادية ملموسة (مثل الاتصال البصري المتمثل بدور العينين في العلاقات الاجتماعية وطريقة الجلوس أو الوقوف أو أي وضعية أخرى)، وردود الفعل للمثيرات الاجتماعية (مثل المشاركة) ومهارات الاتصال والتفاعل مع الاخرين (مثل أخذ المبادرة في الحديث والمقدرة على الاستمرار فيه ومتابعته). ومن المهم جدا، وقبل أن يخضع الطفل أو المراهق لبرنامج التدريب على المهارات الاجتماعية،

أن يقوم المعالج بتحديد مكامن الضعف في كفاءة الطفل أو المراهق الاجتماعية.

وقد تمّ وصف العديد من برامج التدريب على المهارات الاجتماعية. وهي بشكل عام تركّز على عدد من الخطوات. الخطوة الاولى تشمل مساعدة الطفل على ادراك مشكلته عن طريق خلق حساسية خاصة بها لديه. وليست هذه المهمة سهلة، حيث أن السلوك المتمثل بالاندفاعية وعدم الانتباه لدى بعض المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط يسبب لهم ادراكا محدودا جدا بمدى الصعوبات الاجتماعية التي يعانون منها. وبعضهم ينكرها تماما أو يلقي بأسباب وجودها على الاخرين. الخطوة الثانية هي مساعدة الطفل على ايجاد حل بديل لمثل تلك الصعوبات التي أقر بها وحدّدها. الخطوة الثالثة تشمل مساعدة الطفل، خطوة خطوة ومن خلال عمليات تعليمية متأنية. على تطبيق الحلول التي تمّ تحديدها لتلك المشكلة. وهنا يبرز دور التجارب والتمرينات ولعب الادوار كأسلوب في تعليم الطفل تلك الحلول البديلة. والخطوة الاخيرة هي مساعدة الطفل على ربط المعلومات الجديدة التي اكتسبها حول مشكلته بأحداث سابقة والصعوبات المرافقة لتلك المشكلة، جنبا الى جنب مع أحداث المستقبل المتعلقة بها. وهنا يزداد حماس الطفل أو المراهق لمحاولة ممارسة المهارات الاجتماعية التي تعلّمها كبديل عما كان عنده أو كان ينقصه، ويستطيع عندها تحديد المحاولات الناجحة منها والفاشلة أثناء المقارنة بين القديم الذي كان يسبب له الصعوبات والمشكلات وبين الجديد البديل الذي يحمل في طياته عونا في علاقاته الاجتماعية.

❖ التعامل الاكلينيكي مع الوالدين ❖

لاتتمثل مشكلات الاطفال المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط بسلوك فرط النشاط الحركي أو شرود الذهن أو الاندفاع أو كليهما، فقط لابل حتى ولو استطاعت الادوية التحكم والسيطرة على هذا السلوك، فقد يكون هناك عدد من السلوكيات الاخرى التي لابد من الاهتمام بها، وقد يكون هناك بعض المصاعب الاخرى كتلك المتمثلة بسلوك العدوانية، أو المعارضة والرفض والسلبية، أو سلوك الازعاج الدائم، أو عجز عن التعلّم، أو ضعف ثقة بالنفس وبقيمتها، أو الاكتئاب، أو ضعف في علاقات الصحبة والصداقة.

هذا، وعلى المعالج التركيز على هذه السلوكيات عند الطفل والتي لم تتغير أو تزول أثناء عمليات الارشاد والتوعية، وتلك التي يعاني منها الاهل أيضا والناتجة عن تجربتهم مع طفلهم المصاب باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. وقد يفيد العلاج المعرفي

في التغلب على مثل تلك المصاعب.

من ناحية أخرى، فقد يكون لدى الوالدين مشكلات سلوكية وانفعالية خاصة بهما أو ثانوية متفرعة عن التوتر جرّاء تتشئتهما لطفلهما المصاب بهذه الاضطرابات. وهنا قد ينفع العلاج النفسي الفردي أو تناول بعض الادوية الخاصة.

أما اذا كان هناك انعصاب وتوتر على مستوى الوالدين كزوجين، فان جلسات العلاج الثنائية (التي تضم الزوجين معا) قد تكون افضل. وخلال هذا النوع من العلاج قد يصار الى صياغة أسلوب للمشاركة وتقاسم مهمّة تفهم وادراك مشكلة وحاجات طفلهما المصاب باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط أو لفهم وادراك كم كان لنقص المعلومات المتعلقة بتلك المشكلة في الماضي من سبب كبير في خلق التوتر بينهما. وعلى الوالدين في الوقت نفسه أن يسعيا لخلق استراتيجية ناجحة في جو العائلة تتمثل في طريقة التعامل الأمثل مع سلوك طفلهما المضطرب، والعمل على ايجاد ايجابية في هذا الشأن وذلك لمساعدة الطفل المصاب من جهة وجميع أفراد العائلة من جهة ثانية.

وقد يحتاج بعض الوالدين، كونهما المعين الوحيد لطفلهما، الى مساعدة تتمثل في التعامل مع المدرسة أو باقي أنواع الانشطة. وقد يكونان بحاجة أيضا الى مساعدة في مجال تأمين المعلومات الضرورية. وأكثر من ذلك قد يكونان بحاجة الى من يعمل معهما ويساعدهما في فهم نظام المدرسة والطريقة المثلى للتعامل مع ذلك النظام.

❖ التعامل الاكلينيكي مع العائلة ❖

تتمثل أهمية البدء فورا بجلسات العلاج العائلية في الحالات التي تكون فيها الاسر تحت وطأة توتر شديد عطّل اداءها الوظيفي كعائلة. وينصح بتطبيق هذا العلاج قبل عملية الارشاد والتوعية أو غيرها من خطوات العلاج. وأولِ شكل من أشكال هذا العلاج يجب أن ينصب على تمكين الوالدين من استعادة رباطة جأشهما وتحكّمهما بالامور، مع مساعدة المصاب على استعادة الشعور بالامان أيضا. بالاضافة الى ذلك، فان مسارا علاجيا خاصا آخر يجب أن يبدأ مع هذا العلاج وهو العلاج المتمثل بادارة وضبط السلوك. بعد ذلك، وعندما تستطيع العائلة استعادة تحكّمها بالامور وتستعيد هدوءها ويتحسن أداؤها كأسرة، يمكن لباقي انواع العلاج الاكلينيكي التدخل وذلك عندما تتطلب الحاجة اليه.

ويفيد هذا العلاج في تغيير مفاهيم وتوقعات أفراد العائلة تجاه الطفل المصاب باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وبما ان التركيز ينصب دائما على ضرورة

تغيير السلوكيات السلبية غير المقبولة التي تهدد علاقات العائلة فيما بينها واستبدالها بأخرى ايجابية تعزز وتمتّن من أواصرها، فان موضوع الاخوات والاخوة يصبح مهما أيضا. وعندما يتفهم الاخوات والاخوة مشكلة الطفل المصاب ويلاحظون التغيير الايجابي الذي يطرأ على العائلة أثناء العلاج، يصبحون عونا كبيرا لأخيهم المصاب في أنشطته وفي علاقته مع الجيران والحي. وقد يكونون عونا كبيرا لذلك الطفل المصاب في ما يتعلق بمشكلاته مع أقرانه المتمثلة بسلوكهم السلبي تجاهه أو الرافض أحيانا.

❖ التعاون مع المدرسة ❖

تنظر العائلة بتفاؤل الى استعمال الادوية المناسبة لتخفيف أو الحد من سلوك فرط النشاط وشرود الذهن أو الاندفاعية أو كليهما. واذا كان الامر هكذا، فعلى مدّرس الطفل أن يعي تمام كل جوانب هذا النوع من العلاج، وكيفية عمل تلك الادوية، وما هي الآثار الجانبية التي قد تنجم عن تعاطيها، وكيفية رصد وملاحظة سلوكيات الطفل، وكيفية الاتصال مع الطبيب المختص.

أما اذا كان الطفل يعاني من اضطراب العجز عن التعلّم فيؤمل من المدرسة أيضا توضيح ذلك الاضطراب وتأمين منهج أو اسلوب تعليمي خاص به. واذا لم تقم المدرسة بتوضيح ذلك الاضطراب أو لم تقم بتوفير برامج تعليمية خاصة أو أسلوب تعليمي خاص بطفلك، فعليك حملها على فعل ذلك.

الجدير بالذكر ان هناك كثيرا من الأدبيات الحديثة التي حددت لدور المدرّس في هذا الشأن. فان كان الطفل يعاني، فوق معاناته من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط من عجز عن التعلم فمن الضروري تدخل عناصر اضافية مساعدة، منها مثلا التركيز على اربع نواح: ١- السعي لايجاد افضل بيئة تعليمية للطفل. ٢- اعطاء التوجيهات واسناد المهمات. ٣- تعديل السلوك غير المقبول و ٤- تعزيز الثقة بالنفس.

أما ما يتعلق ببيئة الفصل، فيجب أن تتكيّف للتعامل مع سلوك فرط النشاط الحركي أو شرود الذهن أو كليهما. فمثلا يجب أن يجلس الطفل المصاب قرب المدرّس بغية ازدياد اهتمامه به ومقدرته على التحكّم بسلوك الطفل. ويجب أن يجلس الطفل المصاب في الصف الاول من مقاعد الفصل بحيث يكون ظهره للطلاب الاخرين للتقليل من الحوافز والمثيرات البصرية. كما يجب أن يحاط بنماذج طلابية جيدة، كتلك التي لا تتجاوب مع أو تنجر الى سلوكيات غير مناسبة. بالاضافة الى ذلك، فانه من المهم التقليل من أي حوافز أو مثيرات أخرى، كالمكيّفات أو فتح النوافذ والابواب أو القرب من

منطقة تعج بأصوات حركة السير. هذا، ويجب الانتباه جيدا الى أي عملية التنقل والحركة في الفصل، حيث ان هذه الانشطة قد تكون صعبة على الطفل المصاب. وقد يحتاج مثل ذلك الطفل الى مراقبة وتنظيم أكثر أثناء وجوده في ممرات المدرسة أو أثناء تناوله طعام الغداء أو أثناء الرحلات المدرسية أو في استعماله لخزانته الخاصة به في المدرسة ايضا.

أما عندما يعطي المدرّس تعليماته بخصوص واجبات الطفل المصاب المدرسية، فعليه ان ينظر اليه مباشرة ويفهّمه المعلومات بوضوح وباختصار. هذا، ومن الضروري أن تكون هناك متابعة يومية وعن كثب لمثل تلك الواجبات والتوقعات المتعلقة بانجازها. وعلى المدرّس التأكد تماما من أن الطفل قد فهم المطلوب منه لانجاز واجباته المدرسية في البيت وذلك قبل اعطائه تلك الواجبات، وان يعيد ويكرر الشرح مرارا اذا تطلب الامر ذلك. ومن المهم ايضا أن يتمتع الطفل بأسباب الراحة والاطمئنان لدى تلقيه مثل تلك المساعدة. ومن المفيد اعتماد كراس يومي خاص بواجبات الطفل، حيث يكتب واجباته اليومية كل يوم، ويقوم المدّرس بتدوين ملاحظاته عليها وكذلك يفعل الوالدان.

أما فيما يتعلق بتعديل السلوك في الفصل، فعلى قواعد وأنظمة الفصل أن تكون واضحة ومعروفة. فان حدث وخرق الطفل المصاب واحدة من تلك القواعد أو الانظمة، على المدرّس التزام الهدوء والتنويه فقط عن شكل الخرق الذي حدث، وتجنّب الدخول في مناظرات جدالية مع الطفل. وقد يكون مفيدا التفكير باجابات في نتائج مثل هذا السلوك قبل حدوثه، والاهم من ذلك أن يتم التعبير أو اظهار تبعات هذه النتائج بسرعة وتماسك بعيدا كل البعد عن الانتقاد والسخرية.

أما مساعدة الطفل على استعادة الثقة بنفسه، فعلى المدرّس اعتماد أسلوب المكافأة والحوافز أكثر من اعتماده أسلوب العقاب والتنبيه. كل تصرف أو عمل جيّد يقوم به هذا الطفل يجب التنويه اليه مباشرة وبمديح واضح. كما يجب البحث عن أساليب لزيادة تشجيع وحماسة الطفل. فاذا استمر الطفل يعاني من صعوبات ما، فمن الضروري أن يعمد المدرّس الى ابتكار أسلوب ما لاعادة الاتصال والثقة بينه وبين الطفل المصاب بغية محاولة وضع حلول جديدة لتلك المصاعب.

❖ تلخيص ❖

بعد أن يتمّ تقويم أثر التوعية الفردية المطبقة على الطفل وعلى الوالدين وأثر استعمال الادوية المناسبة، قد يكون من الضروري تقديم مشورات ونصائح فردية للطفل،

أو للوالدين أو للعائلة ككل. ويعتبر العمل والتنسيق مع المدرسة عن كثب وفي كل خطوة من مراحل عملية العلاج، مهمة أساسية جوهرية.

ويعتمد كل مسار من مسارات التنسيق والعمل بهذا الشأن على تقويم كل حالة وما تتطلبه من تطبيق لتلك المسارات والطرق. ومن المهم أن يقوم المعالج بتنسيق كافة الجهود المبذولة بهذا الشأن للتأكد من عدم اهمال أي مشكلة تمّ اكتشافها عند الطفل. ومهما كان نوع العلاج المطبّق، فرديا أو عائليا أو على مستوى الوالدين، فان من المهم أن يعي المعالج تأثير اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط او أي اضطراب ذي علاقة آخر، على المشكلات التي يتعامل معها.

الفصل الثاني عشر

الطرق السلوكية في العلاج

سـأذكر في مـايلي بعض النمـاذج الناجـحة التي تسـاعـد على تقـويم السلوك ضـمن العـائلة وتسـاعـد على وضع برنامـج سلوكي خـاص بهـا، ومن المتوقـع أن تفـيد. وإلا فـمن الافضل مراجعة اختصاصيين. أولا أود أن أصف أنواع المشكلات، النماذج التي تحدد مـا المفـروض تغـيـيـره، النمـوذج الاسـاسي لمتطلبـات التـغـيـيـر، ونمـاذج اضـافـيـة يمكن استعمالها مع النموذج الاساسي.

غالبا مـا يسمع الطبيب في أولى جلساته مع والدي الطفل المصاب، وصفا له متمثلا بأنه "الطاغـيـة" الذي يرفض العـمـل الاّ بطريقـتـه الخـاصـة. يكّسـر الاشـيـاء، ومنفلت، ويصـرخ، ويلقي ويعبث بالاشـيـاء هنا وهنـاك، ويضـرب اخاه أو اختـه، ويجعل غـرفتـه في حـالة من الفوضى المريعة، و "أشـيـاء" أخـرى. بعد ذلك، يلتقي الطبيب "بالطـاغيـة" الذي لايتجاوز طوله أربعة اقدام ووزنه لايتجاوز سبعين رطلا. طفل صغير بامكانك رفعه بيد واحدة وحمله تحت ذراعك. فأين ذلك الشخص المخيف!

وسـرعان مـا يكتشف الطبيب ان سلوك هذا الاخيـر فعـلا يسيطر على العـائلة كلهـا. ويكتشف ان الوالـدين كثيـرا مـا يحـاولان تجنب المواجـهـة مع الطفل تفـاديا للنتـائج غـيـر المرضيـة. وهم "يحـيـدان بنظرهمـا ووجـهـمـا بعيـدا عنه"، لكنه لايفتـأ يدفع بهـمـا ويتـابع سلوكـه حتى يجدا نفسـيـهـمـا مضـطرين للرد. وغـالبـا مـا يكون ردهمـا الـغـضـب، نظرا لحالتهـمـا اليـائسة وشعـورهمـا بالاحبـاط لوضع حد لتصـرفـاته. يصـرخان، ويضـربان الطفل أو يفرضان عليه عقوبة مثل "ممنوع عليك مشاهدة التلفزيون لمدة أسبوع كامل". وغـالبا مـا يتراجعـان عن هذا القرار لعدم امكانيتهمـا تطبيقه أو لأنهمـا أنْ فعلا ذلك فقد يتسببان في خلق مجابهة أخرى ومن ثم النزاع.

ومع سير خطوات التقويم بنجاح، يكتسب الطبيب مفاتيح المهمة ويحدد ديناميكية التـفـاعل بين الطفل والعـائلة. والذي يحدث أن الطـبيب قـد لا يسـتطيع تحـديد الامور الغامضة غير المرئية، لكنه لاشك يدرك أن اجراء ما يجب اتخاذه وبسرعة. يجب اخماد الحـريق اولا وقـبل البـحـث عن اسـبـابه. ومـا هو واضـح آنذاك هو ان الطفل هو المسيطر

وان الوالدين قد فقدا زمام الامور أو انفلت التحكّم بها. فوق هذا، قد يكون واضحا للطبيب ان الوالدين مختلفان وانهما، بدلا من الوقوف جنبا الى جنب يدعمان بعضهما البعض، منقسمان متقاتلان. وتسفر حالة العائلة هذه عن شعور الطفل بالقلق، وتخلق مناخا غير صحي وغير مناسب للتطور النفسي الاجتماعي. وتؤدي هذه الحالة أيضا الى عجز العائلة عن القيام بوظائفها مجتمعة أو كل فرد منها على حدة.

وقد يرى الطبيب الوالدين، دون رغبة منهما، يعزّزان أكثر السلوك بغضا عندهما. فالطفل يتصرف بسوء وهو لذلك يحظى بالكثير من الانتباه، لكنه انتباه سلبي طبعا. وعندما يغضب الوالدان يشعر الطفل أنه استطاع السيطرة على جزء من هذا العالم، وعلى عائلته. في الوقت نفسه يستطيع ذلك الطفل تحقيق كل نزواته، الامر الذي يبدو بنظر اخوته وأخواته وكأنه يُكافأ على سلوكه السيء، وهذا ما يدفعهم للغضب والتفكير في أن الطريقة المثلى لتحقيق ما يرغبونه هو في تقليده.

ومهما كانت ديناميكية هذه الحالة، فإنه من المهم وضع حد لعجز العائلة عن قيامها بوظيفتها وتصحيح ذلك المسار، ويجب تمكين الوالدين من استعادة رباطة جأشهما وتحكمهما بالامور ويجب أن يشعر الطفل المصاب باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط أن بالامكان ضبطه. هذه التغييرات ضرورية وأساسية للعائلة برمتها، حالة الانضباط السلبي التي يعيشها الوالدان في مثل تلك الحالة غير صحيّة وغير منتجة. يجب تعليم ذلك الطفل نماذج بديلة من السلوك المقبول قبل ان يشرع بالقيام به في مدرسته أو مع أقرانه.

ومع تحقيق التعديل المطلوب لسلوك الطفل، يبدأ في تعلّم اسلوب جديد للتعامل بشكل أحسن مع عائلته ومع حالات الاحباط أيضا. بعد ذلك تبدأ العائلة كلها العمل مجددا لخلق أساليب وقواعد للتعامل في ما بينها. أي يأتي تعديل السلوك أولا.

وليس غريبا أن ترى الطفل نفسه المنفلت في بيته وغير المنضبط، يتميز بأداء ممتاز في مدرسته ويتصرف بسلوكية ممتازة في منزل أصدقائه، أو عندما يلعب مع اصحابه بعيدا عن منزله. وقد يرى مدرسوه في الانشطة المختلفة، خارج الفصل، انه طفل رصين مؤدب خلوق يتمتع بكمالية في السلوك الناضج. وقد يعتقد احدهم ان الصعوبات السلوكية التي يواجهها ليست نابعة من أسباب متعلقة بالجهاز العصبي، فلو كان الامر هكذا لظهرت عليه تلك السلوكيات في كل حالات حياته. فاذا كانت تلك السلوكيات تظهر فقط في البيت، فقد يكون السبب نابعا من التفاعل في العائلة أو نزاعاتها. أو انها قد تكون بسبب تجميع كل غضب وتوتر الطفل والتي تحدث له خارج البيت وابقائها

محبوسة في داخله لايفجرها خوفا من الوقوع في مشكلة، الى ان يصل بيته فيقوم بتفجيرها كلها، حيث يشعر بالامان هناك. والاحتمال الاخر قد يكون بسبب تناول الطفل المصاب باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط الادوية المناسبة أثناء الدوام المدرسي فقط الامر الذي يجعل أداءه في المدرسة جيدا نتيجة مفعولها، فان توقف عن تناولها في ساعات يومه الباقية فسوف يعود سلوكه الى سابق عهده. ولذلك فان اعطاء الدواء للطفل المصاب في المساء وفي ايام العطل الاسبوعية قد يقود الى نتائج مميزة وتطور سلوكي جيد في البيت. أما اذا لم تظهر تلك السلوكيات الاّ في البيت، فان اتباع برنامج لادارة السلوك وضبطه قد يكون ضروريا للعائلة.

من ناحية أخرى، فقد يلاحظ الطبيب أن سلوكيات الطفل السلبية والعدوانية تأخذ مجراها في المدرسة وخلال القيام بمختلف الانشطة، وفي البيت أيضا. وهنا غالبا ما تكون الصورة مرتبطة باصابة الطفل باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. وفي هذه الحال يجب ان يدرك الطبيب احتمال ان سلوك فرط النشاط وشرود الذهن أو الاندفاعية النابع من عجز ما في الجهاز العصبي قد يكون سببا لتلك المشكلات أو عاملا مساهما في ظهورها. وعندما يبدأ الطفل بتناول الادوية المناسبة، يجب أن تخف حدة تلك السلوكيات أو تتوقف نهائيا، والا، فإنه من الضروري ان يشمل برنامج ادارة وضبط السلوك الموصىّ، المدرسة والانشطة التي يقوم بها الطفل خارج بيته.

❖ مفاهيم ادارة السلوك ❖

يجب أن ترتكز خطة ادارة السلوك على مفهومين مهمّين من مفاهيم نظرية التعلّم. أولا، من المرجح جدا ان تنجح في تعديل السلوك من خلال اتباع اسلوب الترغيب أكثر من اسلوب الترهيب. ثانيا، كي تنجح الخطة يجب أن تكون الاستجابة لتقبّل السلوكيات المقبولة ورفض تلك غير المقبولة، استجابة ثابتة متّسقة مبنية على مبدأ وظاهرة في كل الاوقات. اذ ان الاستجابات المتناقضة والمتضاربة قد تعزز السلوك السلبي. وعليكما، كوالدين، أن تتعلما أنه ليس هناك في موضوع تربية وتنشئة الاطفال طريقة صحيحة أو طريقة خطأ. يجب أن تتعاونا على تطوير خطة كفيلة براحتيكما وتنال موافقتكما معا. وحال وضع تلك الخطة واعتمادها من قبلكما، يجب أن تطبق ويبدأ التدرّب عليها بمثابرة واصرار.

مبدئيا، يجب أن تأخذ بعين الاعتبار أن القرار الأول والأخير في العائلة يجب أن يكون قرار الوالدين ولا أحد غيرهما. ويجب وقف عمليات "المقايضة" واعطاء التبريرات

والاعذار و "الرشـوة" والتهديد والاستفزاز وما شابه في العلاقة مع الطفل. يجب أن يكون قرار الوالدين هو القرار النهائي والحاسم. ويجب التنبّه الى انه اذا دخلت "الحلبة" مع طفلك ووافقت على مبدأ الجدال والمناظرة معه، فانك سوف تخسر. فمثلا اذا قال الوالدان "حـان وقت النـوم" وقـال الطفل "هل بامكاني النوم بعد ربع سـاعـة"! يجب أن يكون الرد: "لم أسـألك مـتى ترغب في النوم، لقـد قلت حـان وقت النـوم". لانك اذا سمحت بالنقاش حول ١٥ دقيقة فسوف تتطور الى ٢٠ دقيقة ومن ثم الى نصف ساعة، وبعد ذلك سوف يصل الوالدان الى حالة من التوتر والغضب اللذين سيقودان الى القتال والنزاع. قد يكون في نهاية زمن الخطة، مجال للمرونة، ولكن ليس في البداية.

❖ تطوير استراتيجية التدخل الاولية ❖

يعيش الوالدان، اولا حالة من الارتباك والقهر. فبعد أن تنفد من جعبتهما كل الحلول والخيـارات، قد يشعـران باليـأس وبفشلهمـا كوالـدين. وغـالبـا مـا تقع المشكلات بينهمـا نظرا لاختـلاف وجهـات نظريهمـا وارائهما المتعلقة بوضع حلول لمشكلة طفلهمـا. حـاول اتباع الخطة التـالية، أما اذا كنت ممزقا وتعيش حالة شديدة من الاحباط فما عليك الاّ استشارة اختصاصي لمساعدتك.

أولا، حـاول، كـخطوة أولى، جـمـع وتدوين مـعلومـات عن مـلاحظاتك لسلوك طفلك. ويفـضل أن يقـوم الوالـدان، كل على حـده، بتـدويـن مـلاحظاته، اذ ان اخـتـلاف تلك المعلومـات مـفيـد جدا. ابتعـد عن الشـعـور بالحـرج عندما تقـوم بذلك، وحـاول تدوين كل شيء دون الاهتمـام بما سـيقـوله الاخـرون، اذ لا تنس انه اصبح مـعـروفـا الآن ان طفلك غير سليم. سجّل ملاحظاتك وتجربتك بغية الاستفادة منها لاجراء التغييرات المطلوبة.

وفي مـايلي نموذج قـد يسـاعـدك في كـيـفـيـة مـلاحظة السلوك وتدوين المعلومـات بشأنها:

التاريخ / الوقت	الحادثة، أو الحالة التي سبقت السلوك	السلوك	النتائج

مثلا:

التاريخ / الوقت	الحادثة، أو الحالة التي سبقت السلوك	السلوك	النتائج
الاثنين / الساعة الرابعة والنصف بعد الظهر	لاأعرف، لم أكن موجودا	جون ضرب أخته فضربته	قلت للاثنين أن يذهبا الى غرفتيهما. أنّبت جون
الاثنين الساعة السادسة مساء	كنت أتكلم مع ماري	بدأ جون يزعجها انفجرت باكية	وبّخت جون
الاثنين الساعة التاسعة مساء	قلت لجون أن يتهيأ للنوم	رفض الاستحمام ورفض ارتداء بيجامته وصرخ بوجهي عندما قلت له أن يفعل ذلك	استغرق وقت الجدال والتذكير نصف ساعة أخيرا ضربته فذهب للاستحمام

وقد يكون لكل من الاب والام قائمة تختلف عن الاخرى، وهما على كل حال تعكسان ما يحدث أثناء وجود أحدهما في البيت مع الطفل. وقد يمثّل واحدهما الحزم والتأديب والثاني المرونة والتساهل كمن يقول مثلا "اعطه فرصة ثانية". وكل منهما يرى ويدوّن أشياء قد تختلف عن الآخر، وتنطلق من تجارب وتوقعات مختلفة أيضا. فقد يأتي الوالد الى البيت مثلا الساعة السادسة أو السادسة والنصف، توّاقا لرؤية أطفاله واللعب معهم، في حين تكون الام في ذلك الوقت قد أرهقت ولم يعد باستطاعتها تحمّل شغبهم وجلبتهم، ويغدو كل ما تريده منهم آنذاك هو التزام الصمت وانجاز واجباتهم المدرسية استعدادا للنوم.

الجدير بالذكر أن أيّا من الوالدين ليس مخطئا ولا صائبا. وكل ما في الأمر ان يتم الاتفاق على توقعات كل منهما في ما يقوم به من تدوين لملاحظاته وبعناية واتفاق ثابت على مبدأ. والثبات هو الأهم. التناقض والتضارب يعزز من استمرارية أي سلوك والثبات المبني على مبدأ واضح يوقفه.

بعد القيام بتدوين المعلومات وفق النماذج أعلاه، تصبح عينات معيّنة واضحة المعالم في كل حيّز يخصّها أو في مجمل السلوك ككل. وتقضي حالات أو أحداث معيّنة الى

سلوكيات معيّنة أيضا. وتغدو النتائج التي تسفر عن اتباع السلوك نفسه متضاربة: اذ قد يعمد احد الوالدين الى الصراخ والغضب من أي شيء، أو أن باقي أفراد العائلة قد يلقون من العقوبات الحجم نفسه الذي يلقاه الطفل الذي يسبب المشكلات في العائلة. ويبقى المشهد المألوف دائما هو ان عدم نيل الاطفال ما يرغبونه أو عدم تحقيق رغباتهم يقود دائما الى قيامهم بسلوك غير مقبول.

وعندما يتم تجميع المعلومات كلها، وتحلل وتوزع الى عيّنات، فان أول مهمة هي تعريف السلوك المطلوب تغييره بوضوح. ويقوم الوالدان عادة بوضع قائمة طويلة للعديد من السلوكيات، الاّ ان الافضل هو مراجعة ودراسة تلك المعلومات دراسة متأنية ومن ثمّ يمكن تصنيف السلوكيات المعنية ضمن فئتين رئيسيتين أو ثلاث، بحيث يتم التعامل مع حجم معقول من المشكلات المبوبة والمعقولة، الامر الذي يعفيك من الشعور بالعبء الكبير في مواجهة العدد الكبير من المشكلات المستحيلة الحل، والتركيز فقط على قضايا محددة معيّنة.

وتتدرج أكثر السلوكيات غير المقبولة تكرارا، في ثلاث مجموعات:

- ❖ الاساءات البدنية: ضرب الاخوات والاخوة، ضرب الوالدين، أذية الحيوانات الاليفة، تخريب الممتلكات الخ...
- ❖ الاساءات اللفظية: الصراخ بوجه الاخوات والاخوة، الصراخ بوجه الوالدين، اللجوء الى الشتائم والسباب وغيرها من الالفاظ البذيئة والمؤذية وتهديد الاخرين اللفظي أيضا الخ...
- ❖ العصيان: لايستمع الى ما يقال له، ولا يقوم بتنفيذ ما يطلب منه من الواجبات الروتينية اليومية، وتحدّي الوالدين الخ...

عندما يتم تحديد تلك السلوكيات، يكون من المفيد جدا دراسة عيناتها والعلاقة بينها وبين حالة الطفل التي تسبق حدوثها: مثلا هل تظهر سلوكيات الطفل هذه عندما يكون الطفل متعبا أو جائعا أو على وشك المرض؟ أم هل تحدث خلال الساعة الاولى التي تعقب وصوله الى البيت قادما من المدرسة؟ أو تحدث عندما ينتهي مفعول الدواء الذي يتناوله؟ أو ان تلك السلوكيات تظهر مرتبطة بمشكلة عجز عن التعلّم عند الطفل أو باضطراب التكامل الحسي. وتفيد هذه المواضيع فائدة كبيرة في مساعدة الطفل أو المراهق على فهم أسباب مشكلاته وتساعد الوالدين ايضا على معرفة الاوقات التي تتطلب منهما التأهب والاستعداد لمواجهة صعوبات أو مشكلات مختلفة.

رسم الخطة الأولية:

عندما تتكون لديك فكرة واضحة عن السلوكيات التي يجب تعديلها، يمكنك رسم الخطة، وذلك بتعريف تلك السلوكيات بما أمكن من الوضوح مع العمل على وضع النتائج التي يمكن لها أن تطبق باستمرار وبثبات وحزم. ارسم الخطة بطريقة مسهبة التفصيل، بعد ذلك اعرضها على العائلة كلها، بمن فيهم الاخوات والاخوة الذين لن يمانعون، فلن يؤذيهم هذا أبدا ولن يؤثر عليهم سلبا، بل على العكس قد يسهم في تقدير ومكافأة ما يقومون به من سلوك جيد، حيث ان الطفل "السيئ" يستحوذ على انتباه العائلة كلها مما يجعل اولئك الاخوات والاخوة مهملين ويجعل عملهم وأداءهم الجيد بعيدا عن تقدير العائلة. هذه الخطة قد تذكرك لتوجيه الثناء لباقي افراد العائلة على أدائهم الجديد.

وعليكما، كوالدين، ان تفهما ان هناك العديد من المبادئ الاساسية التي تلعب دورا في عملية قلب أو عكس النموذج المألوف عندنا والمتمثل بسرعة فرض العقوبات على صاحب السلوك السيئ وعدم مكافأة صاحب السلوك الجيّد، الا نادرا. ففي هذه الخطة هناك مكافأة للسلوك الايجابي وليس للسلوك السلبي. وأكثر من ذلك، فانه وفقا للخطة فان هناك أجوبة وردودا جاهزة ومتفق عليها وحاضرة لكل تصرف أو مسلك يقوم به الطفل، وبهذه الطريقة لايستطيع الطفل حشر والديه في الزاوية ودفعهما الى مرحلة الانفجار والغضب، حيث ان لدى كل منهما جوابا جاهزا واجراء حاضرا تم اعتماده سابقا يطبّق في كل حالة تستوجبه وبثبات ومواظبة ووفق مبدأ. ففي كل مرة يبدر من الطفل تصرفا ما، يجابه بالرد نفسه والاجراء نفسه أيضا.

دعوني أضرب لكم مثلا عن أهمية الثبات والحزم في القرارات:

لنقل أن طفلا ما يضرب أخته خمس مرات في الاسبوع. مرة من تلك المرات كانت أمه على عجل فصرخت بوجهه فقط دون أن تتخذ أي اجراء آخر. في المرة الثانية كانت متعبة جدا ولم ترغب في الخوض في مثل تلك المشكلات، فتظاهرت بأنها لم تر شيئا مما حصل. وفي المرات الثلاث الباقية قامت الأم فعلا بتأنيبه ومعاقبته. المنطقي في هذه الحالة أن يكف الطفل عن ضرب أخته مائة في المائة. أما عودته لضربها فهو يعني أن عدم معاقبة الام له لمرتين أعطاه ٤٠ في المائة من احتمال أن يقوم بهذا السلوك مرة أخرى دون عقاب. وطبعا سوف يكون غبيا اذا كفّ عن ضربها والامر كذلك. ولذلك فان الثبات والحزم والاستمرار بتطبيق القرارات نفسها دون تناقض أو تضارب أو تساهل يحمل من الأهمية الشيء الكثير، اذ انه كفيل بردع السلوك السيئ، ولو تراجع الوالدان

عن هذا الثبات والحزم والمثابرة فان التصرف السيئ قد يتفاقم الى تصرف أسوأ.

ويمكن تقسيم الخطة الاولية هذه الى ثلاث خطوات:

١- الخطوة الاولى:

يقسم اليوم الى أقسام. مثلا يقسم اليوم المدرسي الى ثلاث أقسام: ١- منذ استيقاظ الطفل أو المراهق والى حين مغادرته البيت الى المدرسة. ٢- منذ عودة الطفل أو المراهق من المدرسة والى موعد طعام العشاء. ٣- بعد الانتهاء من تناول طعام العشاء والى وقت النوم. أما أيام العطل الاسبوعية، فيمكن تقسيمها الى اربعة أقسام، باستخدام وجبات الطعام الثلاث كحدود لتلك الاقسام. ١- منذ استيقاظ الطفل الى ما بعد تناوله طعام الفطور. ٢- بعد تناول الفطور الى ما بعد تناول الغذاء. ٣- منذ نهاية وقت تناول الغذاء وحتى نهاية وقت تناول العشاء. ٤- بعد تناول العشاء وحتى موعد النوم.

٢- الخطوة الثانية:

يتم تحضير قائمة بسلوكيات الطفل غير المقبولة، على أن تكون مقصورة على سلوكيات أساسية محددة. فاذا تم استخدام أنواع المشكلات الأساسية الثلاث المذكورة سابقا، فسوف تكون قراءة القائمة على الشكل التالي:

١- لا وجود لسوء المعاملة البدنية (لم يضرب أخته، لم يسحب القطة من ذنبها، لم يركل أمه، لم يكسر الالعاب الخ...).

٢- لا يوجد للاساءة اللفظية (لم يشتم، لم يقل لأحد :غبي، لم يزعج بكلماته أحدا الخ...

٣- لم يتصرف بعصيان (لم يرفض القيام بما طلبت منه فعله الخ...) أما بالنسبة للطفل الصغير السن فيستحسن استعمال تعبير "يسمع الكلام". ومن الضروري مخاطبة الطفل بحزم ووضوح بأن تصرفاته غير المقبولة هذه يجب أن تتوقف فورا، فمثلا يمكن أن تقول: "اذا اضطررت لتنبيهك مرة أخرى للكف عن هذا التصرف، فهذا يعني أنك بلغت مرحلة اسميها "عصيانا" فاذا تابعت الرفض واضطررت لتحذيرك فعندها تكون فعلا في حالة "عصيام". ففي هذه الحالة لا يمكن للطفل أن يدّعي مثلا انك لن تنبهه، كقوله: "لكنك لم تقل لي ابدا أن عليّ فعل هذا!".

٣- الخطوة الثالثة:

ان الهدف من وراء هذه الخطة هو التركيز على السلوك الجيّد وتقديره ومنحه الثناء المطلوب، أما السلوك السيئ فيجب أن لا يركزّ عليه بالقدر نفسه. ومن هذا المنطلق يجب أن يمنح الطفل أو المراهق "علامة" على كل سلوك جيّد يقوم به. وحتى في وقت القصاص، الذي سوف نتحدث عنه لاحقا، يجب التركيز على السلوك الجيّد. لأن طريقة التعبير عن الكلام وصياغته مهمة جدا في هذا المجال، فمثلا من المهم أن يقول الوالدان: "ان ما فعلته غير مقبول في هذه العائلة، لذلك عليك الدهاب الى غرفتك والتفكير في ما يحتاج تغييرا في سلوكك". لا أن يقولا له بلهجة المؤنب المعاقب "اذهب الى غرفتك!".

ويمكن للطفل، وفق هذه الخطة، ان يكتسب "علامات" عن كل تصرف سيئ لم يقم به. فمثلا قد يقوم الطفل من نومه صباحا، ينجز كل المطلوب منه عمله من أعمال يومية روتينية، يتناول فطوره في موعده، لا يضرب أحدا لكنه يقول لاخته "غبية". هنا يقف الوالد مثلا له: "أنا سعيد جدا انك اكتسبت صباح هذا اليوم علامتين، وكنت أتمنى لو أنني أستطيع منحك العلامة الثالثة، لكنك خسرتها بسبب وصفك اختك بأنها "غبية" وهذا سوء سلوك لفظي". ويمكن للوالد بعد ذلك الالتفات الى طفلته والقول: "أنا سعيد لانك اكتسبت العلامات الثلاث اليوم. شكرا لانك لم ترد على أخيك وتصفينه بأنه "غبي". تذكّر أن السلوك يتعدل من خلال الثواب وليس العقاب فقط.

ولتدوين العلامات وحفظها يجب أن يتم تحضير كراس لهذا الخصوص، أما اذا كان الطفل صغير السن ولايفهم مدلولات العلامات، فيمكن استعمال ذلك الكراس بالاضافة الى ختم "نجوم" ملونة عليه كمؤشر على عدد العلامات أو استعمال وعاء زجاجي ووضع كرات زجاجية صغير (كلة) فيه تمثل عدد العلامات التي يكتسبها الطفل.

وهكذا يتم وضع العلامات حسب تقسيم اليوم الى ثلاثة أو اربعة أقسام - المذكورة سابقا - على أن يكون الحد الاقصى للعلامات في أيام الاسبوع الدراسية ٩و١٢ في كل يوم من يومي عطلة نهاية الاسبوع، بحيث يكون مجموعها ٦٩. ويمكن استخدام هذه العلامات في مكافآت على ثلاثة نماذج: ١- يومية ٢- اسبوعية و ٣- جائزة خاصة. ويمكن تراكم العلامات اليومية الى اسبوعية أو الى مجموع عام، أي يمكن للطفل تجميع علاماته الى عدد معين يوافق نوعا معينا من الجوائز المقررة. هذا، ويجب اشراك الطفل في وضع الجوائز وعملية المكافأة، على أن يكون للوالدين القرار الأخير في ذلك. ويجب الانتباه الى أمر في غاية الأهمية وهو اذا حدث وقال الطفل أو المراهق: "انها

لعبة سخيفة، لن أشارك فيها"، يجب أن يكون رد الوالدين فوريا كما يلي: "الخطة سوف تنفّذ اعتبارا من يوم غد، امّا انك تقرر الاشتراك أو أننا سوف نتخذ القرار عنك".

ويجب أن تكون الجائزة فردية، أي تعطى لكل من يستحقها على حده، وان تكون منسجمة مع تفكير وثقافة العائلة. وتفضل الجوائز التي توفر تجارب في علاقات الاشخاص فيما بينهم على الجوائز المادية. فمثلا قد تكون الجائزة اليومية منح الطفل أو المراهق نصف ساعة اضافية لمشاهدة التلفزيون أو لتأخير موعد النوم أو لقراءة قصة أو لقضائها مع أحد الوالدين.

أما الجائزة الاسبوعية فقد تكون الذهاب الى السينما أو الى المطعم، أو السماح لبعض اصدقاء الطفل بالمبيت عنده في البيت. ويتم تجميع العلامات اعتبارا من صباح السبت الى مساء الجمعة، بحيث تتكون لديك فكرة عن مجموعة العلامات التي اكتسبها طفلك قبل حلول عطلة نهاية الاسبوع. وهنا يمكن أيضا تحضير "المربية" للبقاء مع طفلك عندما تخرج العائلة كلها في عطلة نهاية الاسبوع وتتركه معها. فقد كان طفلك، قبل تطبيق هذه الخطة، سيئ التصرف طوال الاسبوع ومع هذا كان يرى نفسه متنزها مع العائلة عندما تخرج في العطل لقضاء رحلات وأنشطة ممتعة. أما الآن فسوف يبقى في البيت نتيجة لعدم تجميعه العلامات التي تخوله الذهاب معهم.

أما الجائزة الخاصة فقد تكون على شكل شراء لعبة مفضلة للطفل أو السفر في رحلة طويلة للاستجمام. ويجب أن يخصص لهذه الجائزة علامات كثيرة، قد يستغرق تجميعها شهرا أو أكثر.

بالنسبة للجوائز اليومية والاسبوعية، فبالامكان تحديد شرط يتمثل في نيل الطفل ٨٠ في المائة مثلا من مجموع العلامات (٦٩) كي ينال احداهما، أما الجوائز الخاصة والتي يستغرق التحضير لها شهرا أو أكثر فيمكن وضع حد يتمثل في نيل الطفل ٩٠ في المائة من مجموع العلامات كي يستحقها. ويجب الانتباه جيدا الى عدم وضع شرط يتمثل في نيل الطفل ١٠٠ في المائة من العلامات، اذ ان الكمال لله وحده، وقد يؤثر قيام الطفل بأي تصرف سلبي في بداية الاسبوع الى فقدان أمله في نيل أي من الجوائز وتفشل بالتالي الخطة جرّاء يأسه وانسحابه.

ووفق الخطة المذكورة أعلاه، فان الطفل أو المراهق يحتاج الى ٧ علامات يوميا كي ينال الجائزة اليومية (وتلك العلامات تمثل ٨٠ في المائة من المجموع العام البالغ ٩ علامات)، و٥٥ علامة مع حلول مساء الجمعة من كل أسبوع لنيل الجائزة الاسبوعية (وتلك العلامات تمثل ٨٠ في المائة من المجموع العام البالغ ٦٩ علامة).

وقت العقاب:

قبل البدء في تنفيذ الخطة، لابد من تحديد السلوكيات النافرة التي تعتبر غير مقبولة وسوف تنعكس في عدم اكتساب الطفل العلامات المطلوبة، بالاضافة الى ابعاده عن العائلة لفترة قصيرة بغية تعليمه درسا في ضرورة التفكير في ما يجب عليه تغييره في سلوكه. وأوصي بهذا الاجراء عندما يعتمد الطفل الايذاء الجسدي لغيره رغم أن بعض السلوكيات الاخرى يمكن أن تكون مشمولة في تطبيق مثل هذا الاجراء. ويسمى هذا الاجراء (وقت العقاب) ويطبّق بوضع الطفل منفردا بعيدا عن العائلة، حال قيامه بتصرف سيئ أو غير مقبول، ولذلك لفترة محددة من الزمن، ويقترح ١٥ دقيقة للطفل الصغير و٣٠ دقيقة للطفل الاكبر سنا أو للمراهق.

يجب أن يمضي الطفل هذا الوقت هادئا للتفكير في ما اقترفه من عمل سيئ أو سلوك غير مقبول. وقد تكون غرفته مناسبة، بشرط ان تكون خاوية من أية وسائل ترفيهية كالتلفزيون أو الالعاب أو الراديو أو غير ذلك. أما اذا كانت غرفته غير صالحة لهذا "الحجز" فلا بأس من أي غرفة أخرى تحمل الشروط نفسها، ولعل غرفة الغسيل هي الانسب. ويجب أن يكون الباب مغلقا وعلى الطفل أن يبقى هادئا طوال الفترة المحددة له للمكوث محجوزا يفكر فيما فعله، فان فتح الباب وصرخ أو القى بأشياء أو عبث بشيء، يجب أن يعود التوقيت الى الصفر ويبدأ احتساب الفترة (١٥ أو ٣٠ دقيقة) من جديد، وهذا الامر يعلمه أنه في كل مرة يخرق فيها القوانين، أي في كل مرة لايلتزم فيها بالصمت تحول الوقت الى ساعات بدلا من الدقائق.

وقد يمكن استعمال اسلوب العقاب خارج البيت ايضا. فاذا كنتم في مطعم مثلا، وتوفر عامل الأمان للقيام بمثل هذا الاجراء، يمكنكم وضع الطفل في السيارة، واذا كنتم قلقين عليه، فبالامكان مراقبته من بعيد أثناء فرض الاجراء عليه. واذا كنتم تتسوقون فلا بأس من ايجاد مكان آمن أيضا لوضع المراهق أو الطفل فيه واخباره أنكم سوف تعودون اليه بعد ١٥ دقيقة (أو ٣٠ دقيقة)، وفي حال القلق عليه أيضا، لابأس من الجلوس لمراقبته في مكان لايراكم فيه.

وكي تنجح هذه الخطة من المهم جدا اعتماد الجدية والحزم والثبات وانتظام الاوامر والنتائج في آن واحد، وعدم التراخي أو كسر أي بند من بنودها التي تم شرحها سابقا لجميع أفراد العائلة. ويجب أن يكون الوالدان أذكى من أطفالهما في موضوع التلاعب بهذه الخطة، وعليهما اغلاق أي منفذ يمكن للطفل استعماله للتهرب من الالتزام بها. مثلا عندما تقول الأم لطفلها، وفقا للخطة، ان عليه الذهاب الى غرفته، قد يركض في

البيت متحديا اياها ان تمسكه، هنا يجب على الأم أن لاتفعل ذلك، بل عليها افهامه ان الخطة موضوعة وان تطبيقها يعتبر نافذا منذ وقت وضعها، وعليه فان الاجراءات المذكورة في بنود الخطة سوف تطبق عليه بسبب عصيانه هذا.

هذا، ومن الضروري ان تكون خطة اعتماد تطبيق العقاب واضحة ومشروحة مسبقا لكافة افراد العائلة، كما يجب أن يتم توضيح أن زمن تطبيقها سوف يكون نافذا اعتبارا من الدقيقة التي تلي فرضها على الطفل المعاقب. ويمكن ان تشمل هذه الخطة شقّين:

١- يعلن الوالدان الزمن المخصص للعقوبة، وذلك قبل ثلاث دقائق مثلا من سريانها. بعد ذلك تضاف دقيقتان اضافيتان للزمن المخصص لقاء كل دقيقة يقضيها الطفل رافضا تنفيذ العقوبة. مثلا، اذا رفض الطفل المعاقب الدخول الى غرفته لقضاء زمن العقوبة فيها منتظرا مجيء والده بعد ساعتين من اعلان سريان تنفيذها، عليه قضاء أربع ساعات في غرفته. ولا يجوز احتساب تلك الساعات من ساعات النوم، حيث يقضي الطفل الزمن المتبقي من العقوبة في اليوم التالي بعد مجيئه من المدرسة. وبهذا يرى الطفل أو المراهق نفسه محاولا سدّ النقص وتعويض ما تراكم عليه من زمن للعقوبة قد يستمر طوال الاسبوع، ويدرك أنه لو انصاع ونفّذ الزمن القصير المخصص للعقوبة من البداية لما وجد نفسه أمام زمن طويل تضاعف مرات عما كان عليه، ويتعلّم من خلال ذلك درسا لا ينساه.

٢- الشق الثاني من العقوبة يتمثل في ان الطفل المعاقب سوف يواجه بقطيعة من والديه تبدأ مع بداية تنفيذ عقابه والتزامه غرفته بعيدا عن كل الانشطة أو الالعاب المحببة لديه. وسوف يقول له والداه انهما سوف يبقيان يحبانه، ولكنه بسبب سوء معاملته لهما كوالدين فقد قررا فرض قطيعة على هذه العلاقة الاسرية، وهذا يعني انهما سوف لن يتعاملا معه على أساس والدين. مثلا، يتم وضع أطباق طعام كافة أفراد العائلة على المائدة وقت تناول الطعام باستثناء الطفل المعاقب، واذا رغب في تناول طعامه فعليه القيام باعداده بنفسه وتحضيره وأخذه والجلوس بمفرده بعيدا عن باقي أفراد العائلة. ويمتنع الوالدان عن القيام بما كانا يقومان به، كوالدين، مثل توصيل الطفل الى أماكن أنشطته المختلفة كالمشاركة في مباريات معينة أو لقاء أصدقائه أو غير ذلك. وعلى الطفل مواجهة عواقب عدم الحضور والمشاركة في مثل تلك الانشطة. وعندما يدخل الطفل غرفته للنوم، يعود الوالدان لممارسة دورهما الطبيعي تجاهه.

وقد يرى البعض ان اسلوب القطيعة هذه مؤلم جدا، ولهذا لابد من التذكير بأن السماح لسلوك غير مقبول بالاستمرارية مؤلم ومؤذ للطفل أكثر بكثير من الاسلوب

المقترح أعلاه. وأؤكد ان خطة "العلامات" و "فترة العقاب" خطة ناجحة بشرط عدم التراخي بشأن تطبيقها وضرورة الاستمرار بها حتى يختفي السلوك السيئ تماما، حيث يقوم الطفل باختبار مدى جدية الاهل في تطبيقها فان وجد تراخيا ما باءت المحاولة بالفشل.

وعندما يصبح سلوك الطفل قيد الضبط، بعد تنفيذ العقوبة بحقه ووضعه في غرفته منفردا ومقاطعته، يبدأ الوالدان بالاقتراب منه والتحدث معه تدريجيا، ويفضل أن يكون ذلك وقت النوم مثلا، حيث يجلس احد الوالدين قربه على السرير ويبدأ بالحديث قائلا "أنا آسف فعلا لما حصل لك، وأحبك جدا ولا أرغب في أن اغضب من تصرفاتك غير المقبولة مرة أخرى ولا أن نجبرك على مواجهة قطيعة العائلة لك، ولذلك لابد لنا معا من العثور على حلّ لتفادي مثل ذلك مستقبلا". ويفضل ان يترك الطفل ليتحدث بنفسه عما جرى، قد يبدأ بسيل من الاتهامات الموجهة لغيره والتي سببت قيامه بتصرفاته تلك، ويكون الجواب "لست أدري أن كان تحرّش اخيك فيك هو الذي دعاك لضربه، لم أكن هناك وقتها، ولكنني أستطيع القول بأن ضربك اياه أوقعك في مشكلة بينما هو لم يقع بها. لابد من وجود بديل آخر غير الضرب للرد عليه، ربما كان من الأفضل لو جئت وأخبرتني بما فعله".

قد يواجه الوالدان بمثل ذلك النقاش والجدل مرارا وتكرارا، الى أن يبدأ الطفل بملاحظة ما يقوم به من سلوك غير مقبول ويدرك بالتالي وجود بدائل أخرى له. من الضروري جدا وضع البدائل لأي سلوك مقبول يقوم به الطفل وليس رفضه والتركيز عليه فقط.

ومن الاساليب المقترح اتباعها مثلا:

١- يقول الوالدان لطفلهما العائد من المدرسة: "اصبح من المألوف انك تشرع في خلق المشكلات والبلبلة حال وصولك من المدرسة، هل هذا يعني انك تجمّع حنقك ومشاكلك لليوم كله كي تفجرها هنا في البيت؟ فان كان هذا هو الامرفلابد من وجود حل، مارأيك لو نجلس معا كي تحدثني عما تلاقيه من مصاعب ومشكلات أثناء يومك فلعلك بذلك تشعر بالراحة وتعفي نفسك من اللجوء الى التنفيس عنها في البيت والوقوع بالتالي في مشكلات".

٢- "ندرك معا بأنك لو تابعت اللعب مع اخيك بهذه الطريقة فسوف تكون النتيجة قتالا وعراكا، الا تتذكر ما قلناه في هذا الخصوص؟"

٣- "تجبرني أن ألعب دور الشرطي المراقب، وثق أنني أفضل الجلوس معك على تأنيبك والصراخ بوجهك. ما رأيك لو نحاول تنفيذ بعض الافكار التي تحدثنا عنها معا في هذا المجال؟"

عندما تسمح لطفلك بالتعرف على أحاسيسك، بشكل علني ومسموع، تساعده على التعلّم أكثر وفهم ما تشعر به من غضب وحزن وخوف وقلق. وأنت عندما تقوم بذلك تحقق أكثر من وجه لتربية الطفل، فمثلا عندما يقوم بتصرف يغضبك تقول له "غضبي شديد جدا مما قمت به، أنا لن أكلمك الآن، سوف أدخل الى غرفتي وأركن الى السكينة والهدوء قليلا لأعطي لنفسي فرصة التفكير بروية، ومن ثم أتحدث معك بهذا الشأن". وقيامك بهذا التصرف يحقق جانبين: الأول أنك أفهمت طفلك بأنك غاضب من تصرفه، وأن تصرفه لم يكن مقبولا، والثاني أعطيته فكرة عن طريقة جيدة وحكيمة للتعامل مع حالات الغضب.

وهنا لابد من الاشارة الى مدى أهمية تعليم الأطفال كيفية التعامل مع حالات الغضب، فالغضب احساس طبيعي ومن المهم تعليم الطفل كيفية التعامل معه، فمثلا هل يجوز للطفل أن يصرخ ويركل ويغلق الباب بعنف ويرمي بالاشياء أو يشتم في حالات غضبه، كما يفعل مثلا أحد الوالدين؟ وقد يقال له اذا حاول فعل ذلك أو الانسحاب الى غرفته "عد الى مكانك، فأنا أتحدث اليك". أو "لايجوز لك فعل ذلك". ولذلك لابد من ارشاد الطفل الى البدائل المقبولة في تعاملهم مع حالات الغضب، وليس رفض تصرفاتهم غير المقبولة فقط.

من ناحية أخرى فانه يجب تغريم الطفل تكاليف الاضرار المادية التي يقترفها. مثلا يقوم الوالدين باقتطاع ذلك من مصروفه. وان كانت التكاليف تفوق ما يأخذه من مصروف، يعتمد أسلوب التقسيط. كما ان تحديد واجبات الطفل واجباره القيام بها في المنزل، أمر مهم أيضا، وذلك لافهامه ان الامور لاتتم بالسهولة التي يرغبها. وهنا يمكن تطبيق أسلوب الحوافز والمكافآت. بالاضافة الى ذلك فان الالتزام بدقة وانضباط مهماته اليومية والمدرسية يجب أن تخضع لبرنامج محدد منتظم، ينال تشجيعا ومكافأة لدى التزامه به وعقوبة في حال العكس. فمثلا يمكن ان يقال له ان موعد تناول الفطور هو الساعة كذا، فان جاء قبل الوقت المحدد أخذ زيادة في أصناف طعامه وان جاء متأخرا خسر اصنافا محددة وهكذا.

❖ تلخيص ❖

ان تطبيق خطة سلوكية بشكل منتظم ومواظب ودقيق تجعل السلوك غير المقبول يتلاشى ويحل محله سلوك مرض، يمكّن الوالدان من استعادة رباطة جأشهما وقابليتهما على التمتع بدورهما كوالدين. ويتعلّم الطفل والمراهق انه بالامكان التحكم بهما وضبطهما من ناحية، ويسهم تعديل سلوكهما الى الاحسن في تحسين علاقتهما مع الاسرة مما يعكس حالة ايجابية على الجميع.

فان لم تنجح هذه الخطة لسبب متعلق بعجز عن التعلّم أو باضطراب التكامل الحسي أو لأنه لم يتم تعاطي عقاقير اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط في كل الاوقات الحرجة، وجب الانتباه الى ذلك وطلبت المساعدة من المختصين. كما يجب اللجوء الى برامج علاجية مركّزة فيما لو فشلت الخطة بسبب تعنت أحد الوالدين أو بسبب استحالة امكانية السيطرة أو التحكم بالطفل المصاب.

الفصل الثالث عشر

العلاج الطبي

بدأ وصف العقاقير الطبية لعلاج ما يسمى الآن قصور الانتباه مفرط النشاط منذ عام ١٩٣٧، حيث ظهر آنذاك مرض التهاب السحايا، الذي كان يترك ضحاياه من الاطفال يعانون من فرط في الحركة وشرود الذهن. وقد استعمل طبيب الاطفال سي. برادلي عقاقير منبّهة (Benzedrine) لعلاج مثل تلك الحالات، وظهرت فائدتها حيث خففت من شرود ذهن الاطفال المصابين بهذا المرض. ومنذ ذلك الحين وحتى الآن استمر استعمال العقاقير المنبّهة. والجدير بمعرفته أن تلك الادوية مازالت تستعمل لأكثر من خمسين سنة مستمرة لعلاج المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. وقد تبيّنت سلامة تلك العقاقير من خلال متابعة ومراقبة حالات الخاضعين لتناولها وذلك حتى سن البلوغ، مع عدم وجود مؤشرات لأي آثار جانبية طويلة المدى لها.

هذا، وقد دلّت النتائج التي أجريت على الاطفال والمراهقين المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط والذين يتناولون العقاقير الطبية الملائمة أن من ٧٠ الى ٨٠ في المائة منهم قد تحسنت حالهم، حيث تسهم هذه العقاقير في التقليل من حالات فرط النشاط الحركي وشرود الذهن أو الاندفاعية أو كليهما، أو ايقافها تماما. الاّ انها لم تظهر فاعلية في علاج اضطراب العجز عن التعلّم. وفي بعض الحالات، فان هذه العقاقير تفيد في مقدرة التحكّم في الحركة وامكانية تحسّن "خط اليد"، وقد تساعد الاشخاص المصابين بشرود الذهن في ترتيب أفكارهم عند رغبتهم في الكلام أو الكتابة بسبب دور تلك العقاقير في التخفيف من التشويشات الكثيرة التي يتعرض لها المصابون أثناء عملية تفكيرهم. من ناحية ثانية، فقد تفيد تلك العقاقير في تحسّن حالة الاصابة بضعف الذاكرة قصير المدى، حيث تسهم في منح قابلية أكبر للجلوس والتركيز والاستمرار في أداء عمل ما. وتنسحب الحال نفسها على المصابين بحالة الاندفاع، حيث يصبح بامكانهم الاجابة عن الاسئلة المطروحة بطريقة أفضل. وللسبب نفسه يستطيعون استخدام استراتيجية أفضل للتعلّم.

أما بالنسبة للعقاقير المستعملة لعلاج اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط فليس هناك بروتوكول ثابت لها، ولذلك فانني سوف أعرض في هذا الفصل ما أتمنى أن يكون مفيدا في هذا المجال، ويجب أن ينظر الى البروتوكول الذي سوف أتطرق الى شرحه على أنه أحد النماذج المحتمل التفكير بها خلال كل خطوة من عمليات العلاج المطلوبة. ويمكن لكل طبيب طبعا استخدام ضروب مختلفة من هذا النموذج.

قبل كل شيء، فان من الاهمية بمكان اتباع مختلف أنواع حالات التشخيص للتأكد من أن المصاب يعاني فعلا من حالة قصور الانتباه مفرط النشاط. وعندما يضع الطبيب تشخيصه على ان المصاب يعاني من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط فإنه من المفترض طبعا أن يكون سلوك المصاب متعلق بالجهاز العصبي. ولأن الاصابة بهذه الاضطرابات لاتعتبر عجزا مدرسيا بل عجزا حياتيا، فان اخضاع المصاب لتناول العقاقير يجب أن يكون مستمرا ويشمل ساعات يومه كلها، وليس الساعات التي يقضيها الطفل في المدرسة، اذ، وكما ذكرنا سابقا، فان اخضاعه للعلاج أثناء ساعات الدراسة فقط قد يساعده في مدرسته بينما ستستمر مشكلاته ومصاعبه مع عائلته وأقرانه.

ويعتبر التوقف عن تناول المصاب عقاقيره التي تعالج اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط والذهاب الى معسكر يومي أو صيفي أو المبيت خارج بيته لفترة معينة، عبارة عن دعوة مفتوحة لظهور المصاعب والمشكلات. من ناحية ثانية فان البعض يؤمن بما يسمى "الاستراحة من تناول العقاقير" بحجة انها تلك تعطل هرمونات النمو عند الطفل، لذلك لابد من منحه "استراحة" من تناولها كي ينمو، وقد جاء هذا الرأي نتيجة لما طلعت به دراسة في هذا الخصوص ونوّهت الى احتمال حدوث ذلك، والحقيقة ان عدة دراسات أخرى أجريت بعد تلك الدراسة، أثبتت ان هرمونات النمو تعود الى نشاطها وفاعليتها ليلا، عندما يكون الطفل نائما وفي وقت لايتناول فيه أية عقاقير. ورغم انه ليس هناك من جواب قاطع جازم في هذا الشأن، الاّ ان كافة الاراء تتجه الى انه بامكان الطبيب ألا يقلق بشأن موضوع النمو. وعليه فانه عندما تتوفر العقاقير الملائمة والمناسبة، فان من الاهمية بمكان أخذ هذه الاسئلة الثلاثة بعين الاعتبار:

١- ما هي كمية الدواء اللازمة لكل جرعة؟

٢- الى أي مدى وما هي فترة الحاجة الى الدواء؟

٣- متى يجب اخضاع المرء لتناول الدواء؟

وكما نوهت سابقا، فان بلوغ المرء سن الرشد لا يحمل اية مؤشرات سحرية لشفائه من هذه الاضطرابات، ولذلك فان افضل طريقة لمعرفة ما اذا كان بلوغه هو الذي عالجه منها أم الادوية ما عليك الاّ ايقافه عن تناول الادوية مرة أو مرتين في السنة، ومراقبته لمعرفة ان كان سلوكه المعني قد عاد لسابق عهده أم لا.

❖ نظام العلاج ❖

وبسبب غياب نظام معتمد لاستعمال العقاقير، فانني سوف اورد النظام الذي اتبعه أنا كنموذج محتمل لطريقة التطبيق.

يبدأ العلاج بما أسميه أنا "المجموعة رقم ١" فان لم تنفع المجموعة أو ان آثارها الجانبية غدت مشكلة صعبة الحل، فان "المجموعة رقم ٢" تأخذ دورها. فان لم تنفع هذه المجموعة أو أنها نفعت بجانب معيّن فلا بأس من استعمال خليط من المجموعتين معا. فان لم يتجاوب المصاب مع ذلك أو أن آثارا ايجابية غدت بحاجة الى علاج هي الاخرى، فان لك وظيفة تلك العقاقير، سأورد المثال التالي: تصور أمامك بحيرة شحيحة المياه، هناك طريقتان لرفع مستوى المياه فيها: ١- ضخ مياه جديدة فيها (العقاقير المنبّهة تزيد انتاج المركبات الكيماوية اللازمة في ساق المخ) ٢- اقامة سد للتقليل من تدفق المياة خارج البحيرة، وفي هذه الحال فان مستوى المياه سوف يرتفع ايضا (العلاج المقترح في المجموعة رقم ٢ يسهم في ابقاء المركّب في ساق المخ لفترة أطول ويحول دون هدره خارج الساق بسرعة).

المجموعة رقم ١:

عبارة عن أدوية منبّهة تعمل لزيادة مستوى المركب الكيماوي (Norepinephrine) في الاعصاب وتشمل:

Methylphenidate (Ritalin)

Dextoamphetamin (Dexedrine)

Pemoline (Cylert)

المجموعة رقم ٢:

وتسمى مضادات الاكتئاب Tricyclic Antidepressants وتعمل على تعطيل هدر المركب خارج الاعصاب وتسهم في رفع مستواه فيها. وهي تشمل:

Imipamine (Tofranil)

Desipramine (Norpramin)

وقد تقلل أدوية هذه المجموعة من فرط النشاط الحركي وشرود الذهن، ولكنها، ولسبب غير معروف حتى الآن، قد لاتساعد في التقليل من حالة الاندفاعية، ولذلك يقترح استعمال واحد من ادوية المجموعة رقم ١معها في حال تبين فائدة هذه المجموعة في نواح معينة وفشلها في نواح أخرى.

Clonidine (Catapres) ليس من مضادات الاكتئاب ولكنه على أية حال يعتبر الافضل لاستخدامه مع أدوية المجموعة رقم ٢.

Bupropion (Wellbutrin) هو الآخر نصح باستعماله لعلاج اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وقد دلت الدراسات الاخيرة بأنه قد يكون ذا فاعلية. ورغم انه ليس من مضادات الاكتئاب أيضا الاّ انه يعمل بفاعلية مشابهة في الجهاز العصبي.

ادلت الاكتئاب أيضا الا أنه يعمل بفعالية المجموعة رقم ٣. كون أداء "الفرامل" الضعيف هو سبب الاصابة بفرط النشاط الحركي، بل بسبب زيادة انشطة "دواسة البنزين" في لحاء الدماغ. وقد لا يكون ضعف أداء "نظام التصفية" هو سبب الاصابة بشرود الذهن، بل فرط حساسية لحاء الدماغ. وقد لايكون سوء أداء "مقسم التوصيلات" في المخ سبب الاصابة بالاندفاع، بل سبب "قصر وتقطع في مقسم اللحاء المخي" (أي ان الصعوبات لا تقع في القسم السفلي من المخ بل في منطقة اللحاء). وهكذا تقوم ادوية المجموعة رقم ٣ "بتهدئة" منطقة اللحاء. وهي تشمل:

Thioridazine (Mellaril)

Carbamazepine (Tegretol)

هذا، وتجدر الاشارة الى وجود فئة معينة من الاطفال الذين لا يتجاوبون مع ادوية المجموعات الثلاث تم تحديد حالتهم من خلال دراسات أجريت. فقد تبين ان عددا من الاطفال والمراهقين الذين تم تشخيصهم على أنهم مصابون باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط قد تجاوب بشكل ممتاز مع الادوية "المنبهة" التي وصفت لهم، وذلك خلال سنوات من العلاج، الاّ ان اعراض مرض الاكتئاب الحاد بدأت تظهر عليهم عند بلوغهم العشرين تقريبا من عمرهم. وقد تبين ان هذه الحالات تنطبق على من لعائلاته تاريخ معروف في هذه الاضطرابات، بالاضافة الى احتمال ان طفولته كانت قد شهدت تقلبات وتذبذبات في السلوك أو المزاج. ونظرا لعدم وجود خصائص معينة للطفولة التي تشهد أمراض الاكتئاب الحاد فقد يكون من الافضل اعتبار ان اضطرابات قصور

الانتباه مفرط النشاط ومرض الاكتئاب يتقاسمان مظاهر حالة عصبية - كيماوية مشتركة، أو أن سلوكيات الأولى ليست الاّ المقدمة المرضية للاصابة بالاضطرابات الثانية. وعلى كل حال فان الاطفال الواقعين في هذا التصنيف قد يتجاوبون بشكل ممتاز مع "Lithium".

وبشكل مختصر، فان استعمال أدوية المجموعة الاولى و المجموعة الثانية، جنبا الى جنب مع أدوية المجموعة الثالثة قد يكون أفضل طريقة لتحديد وتلافي كافة احتمالات عدم الاستجابة لأي منها منفردة، حسب الحالة أو السبب الذي يمكن وراءها.

وفي مايلي الادوية المندرجة تحت كل مجموعة، مرة ثانية:

■ **المجموعة الاولى:**

Methylphenidate (Ritalin)

Dextroamphetamine (Dexedrine)

Pemoline (Cylert)

■ **المجموعة الثانية:**

Imipramine (Tofranil)

Desipramine (Norpramin)

Clonidine (Catapres)

Bupropion (Wellbutrin)

■ **المجموعة الثالثة:**

Thioridazine (Mellaril)

Carbamazepine (Tegretol)

Lithium

❖ أدوية المجموعة الاولى: المنبهات ❖

من الصعب التنبؤ عما اذا كان هذا الطفل أو ذاك سوف يتجاوب مع هذا النوع من الدواء في هذه المجموعة أو مع غيره، ولذلك فان على الطبيب الاعتماد على مشاهداته لتبيان هذا الامر، حيث ان المقاييس الاخرى مثل الاستنتاجات الاكلينيكية ومسح المخ الكترونيا والمسح الكيماوي العصبي (EEGs) لاتبدو فاعلة في توقعاتها أيضا. ولكل من

تلك الادوية مواصفات وخصائص فريدة في فاعليته وآثاره الجانبية في ان واحد. فمثلا يتوفر كل من (Methylphenidate) و (Dextroamphetamine) على شكل علاج ذي نوعين من الفاعلية طويلة المدى وقصيرة المدى، بينما يتوفر (Pemoline) على شكل علاج ذي فاعلية طويلة المدى فقط.

وتتوفر حبوب ("Methylphenidate "Retalin) في عيار من ٥ - ١٠ و ٢٠ ميليغرام أو حبوب (Retalin - SR) ذات الفاعلية طويلة المدى، حيث تحتوي هذه الاخيرة على ٢٠ ميليغرام من (Methylphenidate) تفرز ١٠ ميليغرامات تقريبا في البداية وتعود لتفرز العشرة الباقية بعد أربع ساعات. ورغم ان كمية الدواء تعتمد على وزن الجسم الاّ أنه في هذه الحالة ليس من الضروري أخذ ذلك بعين الاعتبار، فقد يحتاج الطفل الصغير والشاب الى الكمية نفسها من الدواء. وتتراوح كمية الجرعة عادة من ١٥ الى ٣٠ ميليغرام في اليوم تعطى على دفعات. وقد يحتاج أحدهم الى كمية أكبر. وقد حددت ادارة مراقبة الاغذية والادوية الامريكية (FDA) حدا أقصى يصل الى ٦٠ ميليغرام في اليوم، ويمكن على كل حال رفع هذه النسبة عند الحاجة، بشرط المراقبة الطبية الدقيقة، فان الدواء سريع الايض (Metabolized) ولا يدوم الاّ لساعات قليلة، فقد يكون من الضروري اعطاء من ٥ الى ٦ جرعات في اليوم، ومثلها في بعض الحالات التي تتطلب أكثر من ٦٠ ميليغرام في اليوم.

ويتوفر (Dexedrine) (Dextroamphetamine) على شكل حبوب عيار ٥ ميليغرامات وحبوب ذات فاعلية طويلة المدى عيار ٥ - ١٠ و ١٥ ميليغرامات. وكما هي الحال بالنسبة لـ (Methylphenidate) فان تحديد كمية الجرعة اللازمة يعود للطبيب ومشاهداته ومراقبته أكثر مما تعود الى وزن جسم المريض. وقد حددت ادارة مراقبة الاغذية والادوية الامريكية (FDA) حدا أدنى لاعمار الاطفال الذين يمكن لهم تناول هذه العقاقير بثلاث سنوات. ويقترح بأن يكون الحد الاقصى لعيار الجرعات هو ٤٠ ميليغراما في اليوم الواحد، ويمكن زيادة هذه الكمية حسب الضرورة.

أما (Cylert) (Pemoline) فيأتي على شكل حبوب بعيار ٣٧,٥ - ١٨,٧٥ و ٧٥ ميليغرام وحبوب للمضغ (للعلك) عيار ٣٧,٥ وقد تم تحديد جرعاتها على انها واحدة عن طريق الفم صباح كل يوم، ويمكن تناول جرعة مسائية أيضا. وينصح مبدئيا بتناول ٣٧,٥ ميليغراما يوميا، وتتم زيادة هذا العيار بمقدار ١٨,٧٥ ميليغرام في كل مرة، على ان يكون المجموع ١١٢,٥ يوميا، حسب ماتمت التوصية به، وقد يحتاج الراشدون أو المراهقون الى كمية أكبر.

ولأن (methylphenidate) هو الاكثر شيوعا في قائمة المجموعة الاولى، فسوف أستعمله في حديثي عن أدوية تلك المجموعة.

يبدأ مفعول (Retalin) في صنفه ذي الفاعلية قصيرة المدى، وعند غالبية الاشخاص، بالظهور خلال ٣٠ الى ٤٥ دقيقة من تناوله. وقد أظهرت الدراسات الحديثة عدم الحاجة لتناول الدواء عندما تكون المعدة خاوية من الطعام، لأن الطعام لا يضعف أو يعطل امتصاص الدواء، ولذلك يمكن تناول الدواء اما مع وجبات الطعام أو بعدها. ويستمر مفعول كل جرعة من ٣ الى ٥ ساعات. ويبدو ان كمية الجرعات التي يحتاجها المرء تتوقف على سرعة امتصاص الجسم للدواء وسرعة أيضه. ولابد هنا من الاشارة الى ضرورة طرح الاسئلة الثلاث التي ذكرت سابقا ١- ما هي كمية الدواء اللازمة لكل جرعة؟ ٢- الى أي مدى وما هي فترة الحاجة الى الدواء؟ ٣- متى يجب اخضاع المرء لتناول الدواء؟

ولأنني أؤمن ايمانا عميقا بحق الاهل بمعرفة كل شيء، فسوف أتحدث عن كل دواء بالتفصيل. علما انني أتوقع من كل طبيب أن يعرف.

قبل البدء بتناول جرعات الدواء يجب قياس وزن الطفل وطوله ونبضه وضغط دمه. كما يجب مراقبة الطفل أو المراهق من اعراض الاصابة بالخلجة أو أية حركات لاارادية أخرى. واذا كان في عائلة الطفل تاريخ يحمل حالات من الاصابة بمثل تلك الحركات فلا بد من الحصول على معلومات وافية عنه. واذا كان الدواء المستعمل هو (Pemoline) فمن الضروري اجراء فحوصات على وظائف الكبد وسلامتها. أما اذا كان الدواء المستعمل هو (Methylphenidate) و (Dextroamphetamine) فلا حاجة لمثل هذه الفحوصات. وفي كل زيارة للطبيب يجب القيام بما ذكر من فحص ضغط الدم والنبض والوزن والطول. أما الكبد في حال استعمال Pemoline فينبغي اجراء الفحوصات عليه كل ٤ أو ٦ أشهر.

تحديد الجرعة:

تختلف درجة التجاوب مع الدواء من شخص الى آخر، ويعود بالتالي قرار تحديد كميتها الى الطبيب المعالج استنادا الى مشاهداته بالنسبة للفاعلية وللآثار الجانبية.

وعادة تبدأ الجرعات بمقدار ٥ مغ في كل مرة، أما اذا كان عمر الطفل دون الخامسة فيستحسن اعطاؤه ٢,٥ مغ. ويمكن زيادة كمية الجرعة بمقدار ٢,٥ أو ٥ مغ كل يومين أو ثلاثة أيام الى أن يتم التوصل الى الفائدة المطلوبة. أنا شخصيا أبدأ

برنامج باعطاء الجرعات ثلاث مرات يوميا، سبعة أيام في الاسبوع، كي يتسنى لي وللاهل وللمدرسين وللاطفال وللمراهقين ملاحظة التحسّن، بعد ذلك يمكن تحديد الفترة اللازمة لتطبيق تناول الدواء خلالها. أما بالنسبة لزيادة الجرعات فقد أقوم بزيادته في الصباح فقط وأسأل المدرسين عن ملاحظاتهم على سلوك الطفل خلال وقت المدرسة الصباحي مقارنة بوقتها بعد الظهر.

ويعتبر التعاون والتنسيق بين الأهل والمدرسة والطبيب امرا حيويا ومهما جدا خلال أوقات العلاج كلها، لتقرير التطورات التي تجري على الطفل المعني.

وبعد ان يتم تحديد الكمية المثلى للجرعات بغية التوصل الى أفضل النتائج من المفيد زيادتها تدريجيا وصولا الى الفائدة المطلوبة كلها. وتجدر الاشارة في هذا الشأن الى ان أثرين جانبيين قد تسببهما الزيادة هذه، فان ملاحظتهما، وجب خفض الكمية فورا. هذان الاثران هما:

الاول انفعالي ويتمثل في ان الطفل يصبح سريع الحزن والغضب والبكاء أكثر مما كانت عليه حاله قبل تناول الجرعات. الثاني يجعل الطفل في وضع قريب من الذهول والتحليق الخيالي والانبهار أو أنه يبالغ في التركيز ويمكن وصفه وكأنه "ذو عينين زجاجيتين".

وأنا أفضل البدء بتناول الدواء ذي الفاعلية قصيرة المدى أولا، الى أن يتم تحديد الفترة التي يجب ان يخضع فيها الطفل للعلاج والمقدار اللازم له من الجرعات. بعد ذلك يمكن للدواء ذي الفاعلية الطويلة المدى أن يوصف.

تحديد الزمن اللازم بين الجرعات:

معدل استمرار فاعلية الجرعات ذات المدى القصير هو اربع ساعات. الاّ أنها قد تستمر لدى بعض الاطفال ساعتين ونصف الساعة أو ثلاث ساعات، وقد تستمر لدى البعض الاخر ساعات أو أكثر. ولذلك فان الزمن الفاصل بين الجرعة والاخرى يجب وضعه بما يتلاءم وكل حالة. ولابد من التنويه الى أن اعطاء (Ritalin) كل أربع ساعات لا يحمل خصوصية اكلينيكية ذات دلالة.

وتحدد الفواصل هذه استنادا الى ما يفيد به الاهل والمدرسون من مراقبتهم لحال الطفل. فمثلا قد توصف للطفل جرعة عيار ٥ مغ الساعة الثامنة صباحا وظهرا والساعة الرابعة بعد الظهر يوميا. فان افاد المدرس ان الطفل يتصرف بشكل مرضي جدا في الصباح الاّ أنه يبدأ بالعودة الى سابق سلوكه السابق بدءا من الساعة الحادية

عشرة أو الحادية عشرة والنصف، ثم يعود للتصرف المرضي بعد تناوله جرعة الظهيرة، فقد يكون الفاصل الزمني بين جرعة هذا الطفل والثانية هو ٣ ساعات فقط. وقد يكون بحاجة الى جرعة الساعة الثامنة صباحا وأخرى الساعة الحادية عشرة قبل الظهر وجرعة الساعة الثانية من بعد الظهر وقد تضاف واحدة الساعة الخامسة بعد الظهر أيضا. وفي حالة أخرى، قد يكون الزمن الفاصل قصيرا، وهنا تظهر على الطفل علامات الضياع والذهول وفرط الحساسية، كما ذكر سابقا، اذ يشرع في البكاء لدى تعرضه لأي سبب تافه بسيط، وهنا يعمد الى زيادة الفواصل فقد يحتاج هذا الطفل خمس ساعات، لأن الدواء المعطى له يأخذ وقتا أطول لتفاعله مع الجسم وتصبح كمية الدواء التي يتناولها كثيرة، فقد يكون بحاجة الى جرعة الساعة الثامنة صباحا والثانية الساعة الواحدة بعد الظهر والثالثة الساعة السادسة مساء.

يشتكي الاهل أحيانا من أن طفلهم يتصرف بشكل ممتاز عندما يكون مفعول الدواء ساريا، بينما يقوم بتصرفات لا تطاق قبل تناوله الدواء. وهنا أشير الى أنه اذا كان سلوك الطفل لايطاق مثلا قبل تناوله جرعة الساعة السابعة والنصف صباحا فلا بأس من ايقاظه قبل ٣٠ أو ٤٥ دقيقة من موعد نهوضه من السرير، واعطائه الجرعة، ويعدّل طبعا زمن اعطاء الجرعة الثانية بناء على هذا التغيير. فاذا كان موعد اعطاء الجرعة الأولى الساعة السادسة والنصف صباحا، مثلا يكون موعد الجرعة الثانية الساعة العاشرة والنصف صباحا والثالثة الساعة الثانية والنصف بعد الظهر وقد تكون الجرعة الرابعة الساعة السادسة والنصف بعد الظهر. وفي حالة أخرى فقد يعطى الطفل جرعة الساعة الرابعة، وعند الساعة الثامنة يكون مفعول الدواء قد زال ويعود الطفل الى تصرفه غير المحتمل طوال الوقت المتبقي لموعد نومه، وهنا لابأس من اعطائه جرعة مسائية اضافية.

ومرة أخرى أذكر بأن معدل استمرارية مفعول الدواء هو أربع ساعات، الاّ ان هذا الوقت يختلف من شخص الى آخر.

تحديد موعد اعطاء الدواء:

نظرا لأن اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط عجز حياتي فان تصرفات الطفل المصاب غير المقبولة تكون على مدار الساعة. وهنا تتداخل سلبيات هذه الاضطرابات مع كافة نواحي الطفل وجوانب انشطته. والمهم ان تعرف هو ان الدواء المقترح لايحمل خطرا على حياة الطفل، ويمكن توزيع فواصل تناول جرعاته، كما سبق وذكر، حسب حالات الاطفال. والمهم أيضا في هذا الموضوع هو مراقبة سلوك هذه

الاضطرابات والتأكد من السيطرة عليه عند الحاجة. ولأن موعد بدء سريان مفعولها والفترة الزمنية التي يستمر فيها أصبحت معروفة لدى الاهل، فان بامكانهم التحكم بموعد اعطاء الجرعة لطفلهم عند حاجته اليها. وتختلف موازين اعطاء الجرعات حسب عمر الطفل وحسب أنشطته أيضا. فمثلا طفل الصف التمهيدي أو الاول الابتدائي قد يكتفى باعطائه الدواء عند تواجده في الفصل فقط كي ينتبه لشرح المدرس، وليس هناك من حاجة لاعطائه الدواء في البيت نظرا لعدم اعطائه واجبات مدرسية أو وجود القليل منها. وعندما يكبر الطفل ويبدأ بتلقي الواجبات المدرسية يكون من المفيد اعطاؤه الدواء في الاوقات التي تصادف موعد انجازه لتلك الواجبات. أما عندما يقضي الطفل معظم وقته لاعبا خارج البيت، أو ان الاهل لايشتكون من سلوكياته الصاخبة، فلا بأس من اعفائه من تناول الدواء.

باختصار، يمكن اعطاء الطفل الدواء عند الحاجة اليه، وهذا يقرره والداه حسب ظرفه والحاجة الى تمتعه بالهدوء والتركيز والسكينة، واستنادا لجدول منتظم لتناول الدواء يوضع وفق حالة الطفل وتفاعله وتجاوبه مع الدواء.

ولأن سريان مفعول الدواء يأخذ من ٣٠ الى ٤٥ دقيقة، كما ذكرت، فان بامكان الاهل والطبيب تحديد زمن اعطاء الجرعات، وكذلك المراهق نفسه، حيث يعرف تماما متى يحتاج الى الدواء.

استعمال الادوية ذات الفاعلية طويلة المدى:

عندما يتم تحديد كمية واوقات وزمن تناول الجرعات، يصبح بمقدور الطبيب استعمال الدواء الذي يتميز بفاعلية طويلة المدى. بالنسبة لـ (Ritalin) فان امكانية استعمال ذي الفاعلية الطويلة المدى منه عندما تكون الحاجة تتطلب جرعة من عيار ١٠ مغ. وقد بينت الدراسات ان مفعوله يأخذ وقتا أطول ويستمر من ٤ الى ٥ ساعات فقط. ولهذا فقد لا يكون مجديا تناول جرعتين عيار ١٠ مغ كل أربع ساعات. وان اقتطعت حبة هذا الدواء الى نصفين أو جرى تناولها عن طريق المضغ، فقد يظهر دم المريض اثر كمية أكبر من الدواء مرة وكمية أصغر في مرة أخرى.

أما بالنسبة لـ (Dextroamphetamine) فان خيارات استعمال أنواعه ذات الفاعلية الطويلة المدى أكبر حيث يأتي بعيارات ٥ مغ و١٠ مغ ويستمر مفعول كل واحدة حوالي ٨ ساعات. أما (Pemoline) فيأتي بصنف ذي فاعلية طويلة المدى فقط، وعليه يجب تحديد الكمية التي ستعطى كل صباح.

الآثار الجانبية وكيفية التعامل معها:

سوف أستعمل (Ritalin) لدى حديثي عن الاثار الجانبية. أكثر هذه الاثار شيوعا هو فقدان الشهية، والارق. بعض الاطفال تظهر عندهم اعراض أخرى كالصداع وآلام المعدة. وفي بعض الاحيان تظهر اعراض الخلجة. وكما ذكرت سابقا فقد يظهر اثران جانبيان اخران اذا كانت كمية الدواء كبيرة، وهما فرط الحساسية مع الحيرة والارتباك وتشوش في الادراك.

فقدان الشهية:

قد يقلل (Ritalin) من شهية الطفل على تناول الطعام، ويزداد هذا الامر خلال الاسابيع الاولى، مما يخلق مشكلة. فان استمر تدني مستوى شهية الطفل على تناول الطعام فان اجراء ما يجب اتخاذه. فاذا كان الدواء يتسبب في جانب من فقدان هذه الشهية، كأن يقوم الطفل بتناول نصف وجبته فقط ويتحول الى تناول الحلوى والكعك وغير ذلك، يجب على الاهل منعه من تناول أي من هذه الحلوى الى أن ينهي وجبته كاملة. وقد يكون بعض الاطفال غير جائعين عند موعد تناول الغذاء في المدرسة وفور وصولهم الى البيت الساعة ٣,٣٠ يسرعون الى تناول اطعمة سريعة ودسمة، فان جاء وقت العشاء وجدوا أنفسهم غير قادرين على تناوله . وهنا يجب على الاهل توفير المقبلات الخفيفة لاولادهم منعا من التأثير على تناول وجبة العشاء الاساسية.

قد لاتنفع هذه الاساليب في بعض الحالات، حيث يستمر الطفل بفقدان الشهية على تناول الطعام ويبدأ بفقدان بعض من وزنه أو أنه يتوقف عن اكتساب وزن اضافي، في كل مرة يتناول فيها الدواء. وهنا يقترح باعطائه الدواء بعد تناوله وجبة الافطار مثلا، ولو ان وجبة الغذاء لن تكون كما نريد، الاّ انني أقترح في هذا الخصوص أن يؤجل اعطاء الجرعة التي موعدها الساعة الرابعة بعد الظهر الى موعد طعام العشاء الساعة ٥:٣٠ مثلا أو ٦. وبهذا يمكن منح الطفل زمنا لاعادة اكتساب شهيته في الفترة الفاصلة بين كل جرعة وسريان مفعول الدواء. وعليه فان موعد انجاز الواجبات يمكن تأجيله هو الآخر لبعض من الوقت، أي بما يتناسب ووقت سريان مفعول الدواء. وان لم ينجح أي من هذه الاساليب في وضع حل لفقدان الشهية فان اللجوء الى أدوية المجموعة الثانية قد يكون مفيدا.

الارق:

عانى بعض الاطفال والمراهقين الذين يتناولون (Ritalin) من صعوبة في الخلود الى

النوم. وقد تخفف هذه الظاهرة أو تتلاشى في الاسبوعين أو الثلاثة الاولى من العلاج. فان لم يتم ذلك، وجب التدخل لتفادي هذه المشكلة. ويكون سبب هذه الصعوبات لدى بعض الاطفال زيادة كمية الدواء بينما يكون عند البعض الاخر نقصانها. ولذلك من الضروري تحديد الاسباب قبل البدء في حل المشكلة لأن كل سبب يقود الى طريقة مختلفة للتعامل معها.

اذا كانت كمية الدواء هي السبب يمكن للطبيب المعالج اعطاء الطفل (Benadry 1) بجرعة عيار ٢٥ الى ٥٠ مغ وقت النوم. ويجب ان يعرف الطفل ان هذا الدواء ليس حبوبا منومة، أي انه لايستطيع اللعب أو القراءة الى أن يغلبه النعاس. وقد يكون ضروريا للبعض الاخر على شكل دوري، الاّ أنه لا ينصح باعطائه كل ليلة. وان استمرت هذه الاعراض يمكن تخفيف جرعة الساعة الرابعة بعد الظهر من المجموعة رقم -١- أو الغائها كليا. فان أدى هذا التوقف الى مشكلات سلوكية فيستحسن استعمال أدوية المجموعة الثانية.

اذا كان نقص الدواء هو السبب ، أي ظهر ان سلوك الطفل جيّد بسبب الدواء من الساعة الثامنة صباحا وحتى الساعة الثامنة مساء يمكن اعطاء الطفل جرعة اضافية الساعة الثامنة مساء، كي يتخلص من فرط النشاط الحركي وغيرها من سلوكيات اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط التي تمنعه من الخلود الى النوم.

كي يتم التأكد من السبب، هل هو زيادة أم نقصان كمية الدواء، فانني أنصح الاهل والاطفال باختيار يوم ما، وليكن مساء الجمعة أو السبت، حيث لا ضرر في السهر الى ساعات متأخرة، وان يتم اعطاء الطفل جرعة من الدواء الساعة الثامنة مساء، فان حدث وان استحال عليه الخلود الى النوم، تبين ان السبب هو زيادة الدواء، وان خلد الى النوم بسرعة فان السبب كان من نقصانه. وفي حال استحالة النوم فانني أنصح الوالدين باستعمال (Benadry 1). وفي الحالة الثانية يمكن اعتماد تناول الجرعة الرابعة كل يوم.

آلام المعدة:

مازال سبب هذا الالم غيرمعروف حتى الآن. وانطباعاتي ان الدواء يقلل من حركة الهضم المعدي الامر الذي يطيل من بقاء الطعام في المعدة. وقد عمدت الى استعمال أغذية ذات مستوى عال من الالياف لاختبار هذا الاعتقاد ولكن دون نجاح. ولا أعرف أية وسيلة للحؤول دون حدوث هذا الاثر الجانبي، فان استمر فانني أنصح باستعمال

أدوية المجموعة رقم -٢.

الصداع:

مازال سبب الصداع غير معروف أيضا. فان استمر فانه ينصح باستعمال أدوية المجموعة رقم -٢- أيضا.

الخلجة، أو الحركات التشنجية اللاارادية:

قد تبدو اعراض هذا الاثر بعد البدء بتناول الدواء مباشرة، أو بعد شهور من ذلك. وأكثر أنواع التقلص اللاارادي يكون في عضلات الوجه أو الرقبة، وفي بعض الاحيان في عضلات البلعوم حيث تسبب شخيرا أو سعالا أو استنشاقا دائما. وأنصح بضرورة التوقف عن اعطاء الدواء حال ظهور اعراض هذا التقلص واستعمال ادوية المجموعة الثانية. هذا، وتجدر الملاحظة الى ان هذا التقلص قد يستمر ستة شهور قبل أن يتوقف نهائيا. ولابد من التنويه الى انه اذا كان في عائلة المريض تاريخ لمثل هذه الحالة، فقد يلعب الدواء المنبه دورا في اظهارها قبل اوانها، وهذا يعني ان ايقاف اعطاء الدواء للمريض لن يسهم في القضاء عليها. ويعتقد ان الدواء المنبه قد يزيد أمر هذه الاضطرابات سوءا، وهنا تأتي أهمية البحث والكشف عن وجود هذه العلل في تاريخ العائلة الصحي، فان تبين وجودها فعلا، فهناك نظريتان للتعامل مع هذا الوضع : الاولى تقول بوجوب اعطاء (Ritalin) ومعالجة هذا الاثر الجانبي ان ظهر، والثانية تقول بعدم استعمال الأدوية المنبهة. والامر في النهاية عائد لقناعة الطبيب المعالج. أنا شخصيا أفضّل اللجوء الى أدوية المجموعة الثانية في حال وجود مثل تلك الاضطرابات عند الطفل المعني.

التقلبات الانفعالية وتشوش الادراك:

كما ذكر سابقا فان هذين الاثرين الجانبين يظهران عند المريض بسبب زيادة كمية الدواء الذي يتناوله. ولم يعرف حتى الآن تفسير سبب حدوثهما. ويتوقفان حال تم تخفيف مقدار الجرعة الى المستوى المطلوب.

اعاقة نمو القامة:

لقد تحدثت عن هذا الجانب سابقا، وأعود للحديث عنه مرة أخرى نظرا لما يحمله من أهمية لدى معظم الوالدين. لم تؤيد البحوث والدراسات ما سبق وأثير من مخاوف من أن تناول المنبّه قد يعيق نمو قامة الطفل. وما تحدثت عنه المقترحات التي أثارت

هذه المخاوف، ان كان صوابا ما قالته، دار حول تباطؤ بسيط جدا في عملية النمو لم تصل الى درجة القلق بشأنها. من الضروري معرفة انه حتى لو صدقت هذه الدراسات وحدث اعاقة لنمو قامة الطفل فلن يتجاوز بأي حال من الاحوال من ١ الى ٣ سنتمترات (أقل من انش واحد).

أستطيع شخصيا القول، ومن خلال خبرتي الطبية، انه لاخوف من استعمال هذه الادوية على عملية نمو قامة الطفل ولاداعي للقلق. ولاأرى ضرورة للتوقف عن اعطاء الطفل الدواء الى أن يبلغ الخامسة عشرة من عمره.

آثار جانبية أخرى:

قد تذكر الصيدليات بعض الآثار الجانبية الاخرى التي تطال القلب أو الجهاز العصبي أو الجهاز الهضمي أو الغدد الصماء أو تخلق بعض انواع الحساسية، وهذه كلها نادرة جدا، ورغم هذا يجب أن يعمل الطبيب على ملاحظتها واخطار الوالدين عنها مباشرة. وكما ذكرنا سابقا فان (Pemoline)، خلافا عن غيره من أدوية المجموعة الأولى، يمكن ان يؤثر على عمل الكبد، لذلك وجب فحصه من حين لآخر.

❖ قضايا اكلينيكية أخرى - اطفال الرياض ودور الحضانة ❖

قد تكون الاثار الجانبية أكثر احتمالا لدى مثل اولئك الاطفال، خاصة في ما يتعلق بالاصابة بالتقلبات الانفعالية المتمثلة بالحزن والنزق، وقد يكون السبب هو حساسيتهم تجاه الادوية أو حاجتهم لجرعات أخف.

تحمّل تناول الدواء: لم تظهر الدراسات، حتى الآن، ما يتعلق بحالة تحمّل تناول الدواء المنبّه على مدى الوقت، مع بعض الاستثناءات المحتملة المتعلقة بـ (Ritalin - SR).

الارتداد: يشهد بعض الاطفال حالة من الارتداد بعد ان يكون الدواء قد أتمّ عملية الايض، أي (Metabolized). وهم قد لا يعودون الى سابق سلوكهم قبل تناول الدواء، من فرط النشاط الحركي وشرود الذهن أو الاندفاعية أو كليهما فقط بل قد يصبحون اكثر اهتياجا وأكثر كلاما واندفاعا، وقد يصابون بالارق. وقد يستمر هذا التصرف لساعة أو أكثر، ولكنه يتلاشى في الغالب بعد عدة أسابيع من بدء العلاج. فان لم يحدث ذلك وجب تخفيف عيار الجرعة اليومية الاخيرة، وان سبب هذا الاجراء مشكلات، فقد يكون من المفيد محاولة زيادة جرعة مسائية رابعة لمعرفة ما اذا كان هذا سوف يساعد الطفل في الخلود الى النوم قبل انتهاء زمن سريان مفعول الدواء. وان لم ينفع أي من

هذه الاساليب فقد يكون استعمال ادوية المجموعة الثانية هو المطلوب.

آثار تناول ادوية أخرى: أدرج في ما يلي بعض آثار اكثر الادوية شيوعا: قد يسهم استعمال الادوية المضادة للانسداد الانفي (Decongestant) عند بعض الاطفال والمراهقين في زيادة حالات فرط النشاط الحركي أو قد تجعلهم أكثر اهتياجا. وقد يسبب (Theophyline) (الدواء الذي يستعمل دائما لعلاج الربو) الحالة نفسها. فان كان استعمال الدواء الجديد لفترة طويلة فانه يستحسن الانتقال الى استعمال أدوية المجموعة الثانية، أما اذا كان استعمال الدواء الجديد لفترة قصيرة فيستحسن زيادة كمية (Ritalin) في تلك الفترة.

ويبدو أيضا أن بعض المسكنات وادوية الحساسية قد يخفف من فاعلية (Retalin)، ولذلك فقد يكون من الافضل زيادة كمية (Retalin) في الفترة التي يكون استعماله فيها مع أي من الصنفين المذكورين أعلاه، وتتم العودة الى الكمية العادية حال التوقف عن اعطاء المريض أيا من المسكنات وادوية الحساسية. وأكثر ما تظهر هذه الحالة عندما يصاب الطفل بزكام ويعطى ادوية الحساسية الامر الذي يجعله أكثر فرطا في الحركة وشرود الذهن أو الاندفاعية، وقد يعتقد الطبيب ان الطفل بحاجة الى زيادة كمية الدواء، ويقوم فعلا بتنفيذ ذلك، ولكن عندما يتعافى الطفل من الزكام ويتوقف عن تناول ادوية الحساسية تصبح حالته الادراكية مشوشة يعتريها الذهول (وقد ذكرنا ان زيادة كمية الدواء تسبب هذا الاثر الجانبي سابقا وهذا ما يحدث فعلا له)، ولعدم معرفة الطبيب السبب في ذلك، يسارع الى ايقاف كل أنواع الادوية لاعادة النظر، وتكون النتيجة العودة الى الصعوبات والمشكلات المدرسية والعائلية.

وهناك حالة أخرى لابد من التنويه اليها وهي انه يبدو ان نوعا معينا من المسكنات، والذي يعطى قبل اجراء العمليات، يزيد سلوكيات اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط سوءا. فان اوقف اعطاء الطفل (Ritalin) قبل اجراء العملية، وتم اعطاؤه المسكنات الاولية (Preanesthetic) وهي عادة المسكنات ذات فاعلية قصيرة المدى مثل (Barbiturate) فانه سوف يصبح أكثر نشاطا وحركة بدلا من خلوده الى الهدوء والسكينة، وقد يعطى مزيدا من(Barbiturate) الامر الذي سيزيده نشاطا أكثر فأكثر.

ارتفاع درجة الحرارة: لأسباب غير مفهومة حتى الان، يخلد بعض الاطفال المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط الى الهدوء ويصبحون لطفاء رقيقين. وقد يبدو ان في تلك الحالة تتوقف سلوكيات قصور الانتباه مفرط النشاط نهائيا أو تخف. وليس واضحا حتى الآن ما اذا كان يجب التوقف عن اعطاء الطفل (Ritalin) عند ارتفاع

درجة حرارته وحدوث هذا التغير الملحوظ بسلوكه، وأنا شخصيا أنصح بذلك لأن سلوكه يبقى قيد الانضباط في تلك الحالة.

معلومات أخرى: طرحت في ما سبق بعض التساؤلات حول هل يمكن للطفل الذي تعلّم شيئا ما تحت تأثير مفعول الدواء أن يتذكره عند انتهاء ذلك المفعول؟ والجواب ان الدراسات أثبتت ان لا مشكلة في هذا الشأن مع أي من الادوية المندرجة في المجموعة الاولى.

ولأنه يبدو ان لاعلاقة لوزن الطفل أو المراهق بكمية الجرعات فلا حاجة لزيادة كميتها مع ازدياد الوزن أو الطول. وكثير منهم يحتاج الى الجرعة نفسها ولسنوات عديدة.

هذا، وقد تم في وقت من الاوقات اعتبار وصف هذه الادوية لطفل يعاني من نوبات ما، غير حكيم، الاّ ان هذا الرأي اختفى الآن. ويمكن تقويم حالة الاطفال الذين يعانون من هذه النوبات على أسس فردية خاصة، وفي كل الحالات فان ادوية المجموعة الاولى يمكن اخذها بعين الاعتبار.

أما موضوع الادمان، فقد اشير اليه في أدبيات شركات صنع الادوية على انه "سوء استعمال". وليس موضوع الادمان مثار اهتمام أو موضوعا ذا قيمة عندما تكون الجرعات بسيطة. وقد بينت الدراسات الحديثة بأن احتمالات الادمان عالية في "Dextroamphetamine" وأكثر مما هي عليه في "Ritalin" ولعل أقلهم خطورة نسبيا في هذا المجال هو "Pemoline". وينصح بزيادة المراقبة والاشراف على الصغار أو المراهقين المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط ويعانون في الوقت نفسه من اضطرابات سلوكية، خاصة لمعرفة في ما اذا كانوا يبيعون مثل تلك الادوية لأترابهم. والجدير بالاشارة اليه انه ليس هناك دلائل عن زيادة جوهرية في سوء استعمال تلك الادوية، ولذلك فانه من المفيد معرفة ذلك مع التأكيد بأن خضوع برنامج العلاج لادارة حكيمة ملائمة يبعد تلك المخاوف نهائيا.

❖ أدوية المجموعة الثانية: مضادات الاكتئاب ❖

تستعمل ادوية هذه المجموعة اذا لم تكن ادوية المجموعة الاولى نافعة أو اذا تسببت في آثار جانبية وتعذّر التحكم بها طبيا، واذا لم تكن فترة فاعلية أدوية المجموعة الاولى طويلة بما فيه الكفاية أو اذا تسببت في ردات فعل عكسية. ولكل من (Imipramine) و (Desipramine) فاعلية طويلة المدى. وهنا لابد من التذكير مرة أخرى ان وقت الجرعات

والزمن الذي تغطيه ليس موضوعا ذا خصوصية أو أهمية معينة.

:Imipramine

هذا الدواء موجود على شكل حبوب بعيار ١٠ و٢٥ و٥٠ مغ. وينصح الخبراء بأن يكون عمر الطفل هو ٦ سنوات أوأكثر لاستخدامه. ولايبدو حتى الآن ان هناك علاقة بين مستوى البلازما في جسم المصاب وبين مدى التحسن في حالته. ويمكن البدء باعطاء الاطفال جرعات عيار ١٠ مغ صباحا و١٠ مغ وقت النوم. وخلافا لما هي الحال عليه في أدوية المجموعة الاولى، فان هذا الدواء قد يأخذ من ٣ الى ٥ أيام لتحقيق الفوائد المرجوة. ويمكن زيادة كميات الجرعات كل ٣ أو ٥ أيام وصولا الى الفائدة المرجوة. ويمكن تطبيق هذه الزيادة أما في الجرعة الصباحية أو المسائية. أما اذا تبين ان الطفل يعاني من مشكلات معينة في المدرسة، فيمكن توزيع اوقات الجرعات الى ثلاث مرات بدلا من مرتين، على أن تكون الجرعة الثالثة عصرا مثلا، لتجنب اعطاء الدواء أثناء اوقات المدرسة.

ويعمل (Imipramine) على تخفيف حالات فرط النشاط الحركي وشرود الذهن، الا ان تجاربي الطبية بينت أنه غير فعال بالنسبة لحالة الاندفاعية، ولذلك ينصح باضافة بعض من أدوية المجموعة الاولى اذا تبين ان هذه الحالة لم يتم السيطرة عليها عن طريق تناول (Imipramine). ولأن كلا من أدوية المجموعتين الاولى والثانية يعمل على زيادة نسبية لمستوى المركبات الكيماوية في ساق المخ، فانه ينصح باستعمال كميات مخففة عند استعمال بعض من أدوية المجموعتين. وفي حال التوقف عن اعطاء ادوية المجموعة الاولى بسبب ظهور آثار جانبية فان عيار ادوية المجموعة الثانية قد لا يسبب في حدوث آثار جانبية جراء تناولها.

وقد يسبب تناول (Imipramine) تغيرات في المسح الالكتروني للمخ (Electroence-phalographic) اذا كانت كمية الجرعات كبيرة، ولذلك يجب عدم وصفها للطفل المصاب بنوبات معينة. ولا يجوز اعطاؤها لطفل يتناول دواء (Oxidase Inhibitor Monomine)، كما يجب اخطار المراهق ان هذا الدواء قد يؤثر على فاعلية نشاط وحركة الجهاز العصبي أثناء وجوده في المدرسة.

ولعل الاثر الجانبي الاول الذي يتركه هذا الدواء هو الشعور بالنعاس. فان اشتكى الطفل من هذه الحالة يمكن تخفيف الجرعات عن طريق تقسيمها الى عدة جرعات في اليوم. وهناك أثر جانبي آخر قد يظهر وهو جفاف الحلق أو الاصابة بالامساك. ونادرا جدا ما يظهر اثر جانبي آخر يسبب في نقصان نوع خاص من كريات الدم يدعى

(Neutrophil) والذي يمكن أن يؤثر على وظائف الكبد. وهنا لابد من اجراء الفحوصات المتعلقة بهاتين الناحيتين، الدم والكبد، كل ٤ الى ٦ أشهر، وخلال فترة تعاطي الدواء، فان تبين وجود هذا الاثر الجانبي، ينبغي ايقاف تناول الدواء فورا.

أما بالنسبة لـ (Tricyclic) فان بامكانه التسبب في انسدادات قلبية، او اضطرابات في خفقان القلب. وقد تظهر تغييرات معينة في مسح موجات القلب أيضا (ECG). الاّ ان هذه الاثار الجانبية تبدو وكأن لها علاقة بكمية الجرعات وعيارها ومستبعد حدوثها عند الاطفال والمراهقين، اذ ان اكثر حالات الوفاة التي تسببها هذه الادوية كان ضمن الكبار الذين تناولوا عمدا أو عن طريق الخطأ، جرعات كبيرة منه أو عند المرضى الذين يعانون من علل ومشكلات قلبية غير عادية. ولمعرفة وجود مثل هذه الحالات لدى المريض، فانه ينصح بفحص القلب كبداية، مع استمراريتها خلال تناول الدواء.

:Desipramine

هذا الدواء مشتق من (Imipramine) ويأتي بعيار ١٠-٢٥-٥٠-١٠٠-١٥٠ مغ. ولاتنصح شركات صنع الادوية باعطائه للصغار. وقد حدثت وفيات فجائية عند بعض الاطفال الذين يتناولونه، لم تعرف اسبابها بعد، وقد تكون لتلك الاسباب علاقة بأمراض قلبية مزمنة عندهم لم يتم الكشف عنها قبل تناول الدواء. وفي كل الحالات لا أنصح باعطائه للصغار أو للمراهقين.

:Clonidine

ان لم تنفع أدوية المجموعة الاولى الاّ قليلا، أو تسببت في ظهور آثار جانبية، فانه ينصح باستعمال هذا الدواء. ويبدو انه مفيد للسيطرة على حالات الاكتئاب وفرط النشاط الحركي والعدوانية، الاّ انه لايبدو فاعلا في علاج حالة شرود الذهن. وهو يأتي على شكل حبوب بعيار: ١,٠-٢,٠-٣,٠ مغ يوميا ولاسبوع واحد.

والجرعات اليومية العادية هي ١٥,٠ مغ الى ٣,٠ تعطى مع الطعام وفي موعد النوم، من ثلاث الى أربع مرات في اليوم. وعيار الجرعة الاولى المألوف يكون عادة ربع أو نصف الحبة التي عيارها ١,٠ مغ (أي ٠٢٤,٠ مغ الى٠٥,٠ مغ) ويعطى مساء. ويمكن زيادة كمية الدواء عن طريق اعطاء جرعة صباحية مماثلة، وان كانت الحاجة الى أكثر من ذلك يمكن زيادة عدد مرات تناول الجرعات الى ثلاث، باضافة واحدة صباحية. ولأن هذا الدواء ذو فاعلية قصيرة المدى، فان هذه الجرعات المتتابعة قد

تكون ضرورية. وعندما يتم التوصل الى تحديد انجع الجرعات واوقاتها بما يتعلق بتناول الدواء عن طريق الفم، يمكن البدء باستعمال "اللصقات". وقد تمر شهور عدة قبل أن تبدأ فوائد الدواء بالظهور. وينصح باعطاء ربع أو نصف اللصقة كل مرة.

ولعل أكثر الاثار الجانبية شيوعا لهذا الدواء هو الشعور بالنعاس، وغالبا ما يظهر ذلك أثناء النهار، وذلك في الاسبوعين أو الاربعة الاولى، حيث يبدأ بالتناقص بعد ذلك. وقد يسبب في هبوط غير سوي في ضغط الدم، أما عند الأطفال فقد يسهم في زيادة النبض مقدارها ١٠ في المائة، ولاتشكل هذه الزيادة أية اعراض مرضية أو ازعاجات. أما بالنسبة للصقات فقد تسبب حساسية جلدية معيّنة، وهنا وجب وقف استعمالها.

هذا ومن الضروري ان تترافق عملية العلاج بهذا الدواء مع فحوصات متتابعة لضغط الدم والنبض وذلك اسبوعيا خلال الشهر الاول من تناوله، وبعد ان تستقر كمية الجرعات ويتبين حالها السليمة تماما، يمكن اجراء تلك الفحوصات مرة كل شهرين. أما المعلومات المتعلقة بحالات النعاس فتتم مراقبتها بانتظام.

وفي حال تناول هذا الدواء وبقاء بعض الاعراض السلوكية المعنية على حالها، وتردد الطبيب في زيادة كمية الجرعات، لابأس من اضافة (Methlphenidate) أو (Dextroam-phetamine)، حيث أن هذا المزيج من الدواء يعطي نتيجة أفضل.

Bupropion:

كما تم التنويه سابقا، فانه ينصح باستعمال هذا الدواء عندما تتبين عدم فائدة كل الادوية المندرجة في المجموعتين الاولى والثانية. بما ان الدراسات الجارية على استعمال هذا الدواء مازالت جديدة، ولم يتم نشر معظمها، فانه من الضروري ان يقوم الطبيب الذي يصف لطفلك مثل هذا الدواء بمراجعة التفاصيل المتعلقة به كلها.

❖ أدوية المجموعة الثالثة ❖

نظرا لأن كل دواء من هذه المجموعة يختلف عن الاخر اختلافا كليا، فانه من الضروري بحث كل واحد منها على حده.

Thioridazine:

يأتي هذا الدواء اما على شكل حبوب عيار ١٠-١٥-٢٥-٥٠-١٠٠-١٥٠ و٢٠٠ مغ، أو حبوب مركزّة بقوة ٣٠ أو ١٠٠ مغ أو على شكل سائل عيار ٢٥ و١٠٠ مغ. وقد سمح باستعماله ابتداء من أعمار الاطفال البالغة سنتين. وتم اعتماده علاجا لقصور الانتباه

مفرط النشاط. ويمكن لكل من الجرعتين الصباحية والمسائية (موعد النوم) أن تبدأ بعيار قد يصل الى ١٠ مغ. وقد لا تظهر فاعلية الدواء قبل ثلاثة أو خمسة أيام. هذا، ويمكن زيادة عيار الجرعات ١٠ مغ كل مرة خلال فترة ثلاثة الى خمسة أيام الى أن يتم التوصل الى أفضل النتائج. فاذا لم يطرأ تحسن على حالة الطفل أثناء النهار، فلا بأس من توزيع الجرعات الى ثلاث خلال اليوم كله.

أكثر الآثار الجانبية شيوعا هو الخمول المفرط أو الشعور بالنعاس. فان حدث ذلك وجب تخفيف الجرعة أو اعطاؤها وقت النوم. والاثر الجانبي الآخر الذي قد يظهر أثناء تناول هذا الدواء هو أثر له علاقة بمشكلة معينة اسمها عجز عضلات الوجه متعلقة بنوع معين من عضلات الجسم. ورغم ان هذه المشكلة لا تظهر مع تناول جرعات قليلة، الاّ ان مراقبة ظهورها أمر لابد للطبيب من أخذه بعين الاعتبار. وتتمثل هذه المشكلة في ان الطفل يواجه صعوبة في تحريك عضلات وجهه ويعجز بالتالي عن التعبير عبر سمات وجهه. وهناك بعض الاثار الجانبية الاخرى المتمثلة بجفاف الفم وانسداد الانف. وأخيرا قد يظهر الطفل الذي يتناول هذا الدواء حساسية أكثر لدى تعرضه لأشعة الشمس، ويحتاج بالتالي الى حماية ووقاية منها. ونادرا ما يعاني البعض ممن يتناول هذا الدواء من صعوبات في الجهاز الحركي، الامر الذي يجعل التمييز بين هذا الاثر الجانبي وبين فرط النشاط الحركي الموجود اصلا، صعبا. ويتمثل هذا الاثر، الذي هو نادر حدوثه عند الاطفال، في رؤية المريض يزرع المكان مشيا دون توقف، أو شعوره بعدم الراحة في ساقيه، أو بشيء ما يزعجه أو يقلقه وصعوبة في الخلود الى الجلوس هادئا. كما ان اعراض الشلل الرعاشي، أو التصلب العضلي (Parkinsonian) هو الآخر نادر حدوثه عند الاطفال.

ولم يتم اعتماد اية فحوصات مسبقة تجرى على المريض قبل تناوله هذا الدواء حتى الآن، كما لاتوجد أية دراسات يجب اجراؤها أثناء فترة العلاج، الاّ ان المراقبة الدقيقة لرصد اية حركات أو آثار جانبية مفيدة دائما.

:Carbamazepine

يوجد هذا الدواء على شكل حبوب عيار ١٠٠ و٢٠٠ مغ. وينصح بالبدء باعطاء حبة عيار١٠٠ مغ في البداية، وقت النوم. وينصح بزيادة عيار الجرعات ١٠٠ مغ تعطى صباحا ووقت النوم، للأطفال البالغين من العمر أقل من ١٢ سنة، بغية التوصل الى الجرعات الموصى بها ذات العيار ١٠٠٠ مغ. أما بالنسبة للبالغين الذين تتجاوز أعمارهم ١٢ سنة فقد يوصى لهم بجرعات عيار ١٢٠٠ مغ. هذا، ويكون عيار جرعات

اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط عادة اقل من عيار جرعات العلاج من النوبات الاخرى.

ومن الاهمية بمكان متابعة مراقبة فحص الدم للابقاء على مستوى العلاج المطلوب وانقاص مستوى السمية في الدم. وأكثر الآثار الجانبية له هي الشعور بالخمول والنعاس وبالدوار والغثيان والتقيؤ. ونظرا لوجود احتمال لأثر جانبي متمثل في التأثير في الدم ووظائف الكبد، فان المراقبة الدقيقة مطلوبة جدا. كما يجب على الطبيب ان يعطي تفاصيل مسهبة عن الآثار الجانبية لهذا الدواء.

:Lithium

يأتي على شكل كبسولات عيار ٣٠٠ مغ وحبوب عيار ٣٠٠ مغ أيضا. كما يأتي على شكل حبوب خاضعة لضوابط عيار ٤٥٠ مغ. ويختلف عيار الدواء من شخص الى آخر، اذ ان الهدف من العلاج هو التوصل الى نتيجة افضل.

أهم الآثار الجانبية لهذا الدواء، بالاضافة الى ارتجاف اليد، تبوّل دائم وعطش بسيط، ودوار بسيط ايضا. وقد يعاني المريض من شعور بالانزعاج بشكل عام. الاّ ان هذه الاثار تتلاشى مع الزمن. وعلى الطبيب المعالج اعطاء شرح مفصل عن هذه الاثار.

❖ تلخيص ❖

يجب ان ينظر الى علاج اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط عن طريق الادوية على انه جزء من البرنامج العلاجي الكلي الخاص بتلك الاضطرابات والذي يجب ان يشتمل على التأهيل والتثقيف وادارة السلوك والاستشارات والتعاون الوثيق مع المدرسة. واذا حدث ان ظهر سلوك ذو علاقة بالاضطراب المعني وجب علاجه أيضا.

اذا كان طفلك يعاني من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وكانت هناك ضرورة لاستعمال الادوية كعلاج لها، عليك العمل والتنسيق مع طبيبه المعالج بشكل دقيق وعن كثب. ان هذا الفصل من هذا الكتاب قد كتب لمساعدتك وافادتك كي تكون على بينة مما يجري في هذا المجال. فان وجدت انك تعرف اكثر من طبيبك، حاول تزويده بنسخة من هذا الفصل، وان كان لايؤمن باستعمال الدواء كعلاج لهذه الاضطرابات، فما عليك الاّ البحث عن طبيب آخر.

الفصل الرابع عشر

الانواع الاخرى من العلاج غير الطبي

تشير مجموعتان من الدراسات الاكلينيكية الى احتمال وجود أسباب أخرى مرتبطة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. وأدت هذه الدراسات الى طرح مقترحات للعلاج بطرق أخرى غير تناول العقاقير الطبية. ورغم أنه لم يثبت نجاح تلك الاساليب، الاّ ان الجهود مازالت تبذل في هذا المجال. وتشير احدى هذه الدراسات الى ان هناك علاقة بين التغذية والسلوك. ولم تتضح بعد اية انماط او مؤثرات بصورة جلية. ولكن العلاقة واضحة. وتشير الدراسات الاخرى الى أن هناك علاقة بين مختلف انواع الحساسية والسلوك. ومن المأمول ان تؤدي الابحاث في المستقبل الى مزيد من فهم لهذه العلاقات، لاسيما العلاقة بين الغذاء والحساسية وبين اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. وسوف استعرض في هذا الفصل المعلومات المتوفرة لدينا أو المقترحة حاليا.

❖ التغذية والسلوك ❖

جاءت أول محاولة مهمة للربط بين موضوع التغذية واضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط من جانب الدكتور بنيامين فاينجولد (Benjamin Feingold). وسوف نناقش أولا مفاهيمه وابحاثه بصدد هذه النظرية والعلاج الذي يقترحه. وهناك متخصصون آخرون اقترحوا مفاهيم متعلقة بالتغذية، نناقشها في ما يلي:

دراسات حول مواد حفظ الاغذية:

ألمح الدكتور فاينجولد في كتابه الذي صدر عام ١٩٧٥ الى ان النكهات والألوان المصطنعة مرتبطة بفرط النشاط الحركي. وقال ان القضاء على كل أنواع الغذاء التي تتضمن ألوانا ونكهات مصطنعة، تحد من الأنشطة المفرطة. ولم يقدم الدكتور فاينجولد في هذا الكتاب ولا في أي مطبوعات اخرى أصدرها معلومات بحثية تؤكد نظريته او تثبت نجاح العلاج الذي اقترحه. وكانت كل النتائج التي توصل اليها هي اعداد قائمة على أساس خبرته الاكلينيكية. الاّ أنه حقق هو وكتابه دعاية واسعة النطاق. وترك الامر للاخرين لاثبات ما اذا كان محقا أم لا. وأملا في أنه قد يكون محقا، ونظرا للحاجة

الى اختبار ادعاءاته أو اثبات صحتها، موّلت الحكومة الفدرالية عدة مراكز للأبحاث في هذا المجال. وبصفة أساسية تم اجراء نوعين مختلفين من الدراسات الاكلينيكية، وهي النماذج الغذائية المتبادلة والنماذج المحددة التي تختبر هذه النظرية.

دراسات عن تبادل النظام الغذائي:

تم بموجب هذه الدراسات توزيع الاطفال المصابين بفرط النشاط الحركي، وبشكل عشوائي على مجموعتين واحدة لاتخضع لنظام غذائي معين والأخرى تخضع لمراقبة غذائية، وبعد فترة تمت عملية مبادلة بين الفئتين. وتوصل الباحثون الى نتائج غامضة غير محددة. ولوحظ في احدى الدراسات وجود تحسن في السلوك لدى عدد قليل من اولئك الاطفال. ولكن هذه الملاحظة كانت قاصرة على مدرّسي الاطفال الذين عولجوا عن طريق التحكم في النظام الغذائي (يليهم اولئك الذين عولجوا عن طريق إلغاء التحكم بالنظام الغذائي). ولم تُلاحظ هذه النتائج عندما تم عكس هذا النظام. وفي دراسة أخرى، لاحظ الآباء تحسنا في العلاج عن طريق الغاء النظام الغذائي. ومع ذلك لم تظهر المقاييس الموضوعية أي تحسن بصدد فرط النشاط الحركي. واشارت هذه الدراسات الى انه قد تكون هناك مجموعة قليلة من الاطفال المصابين بفرط النشاط الحركي - لاسيما صغار السن منهم - استجابات لبعض مظاهر الغاء النظام الغذائي. ولكن هذه المجموعة كانت ضئيلة للغاية، أو أن فاعلية النظام الغذائي كانت أقل بكثير وبصورة يمكن التنبؤ بها عما تم وصفه في تقارير سابقة.

دراسات الاختبارات المحددة:

أظهرت دراسات النظام الغذائي المتبادل ان هناك حاجة لمنهج بحث مختلف. وتغيرت الاستراتيجية من اختبار الكفاءة العامة لالغاء النظام الشامل الى بحث التأثير المحدد للألوان والنكهات الاصطناعية في الغذاء على فرط النشاط الحركي. وفي هذا النموذج المحدد للاختبار، تم الابقاء على الاطفال الذين يعالجون عن طريق الغاء النظام الغذائي الذي أشار إليه فاينجولد أثناء فترة الدراسة بأكملها. وكان يُعطي للأطفال (أو يُختبرن) مواد غذائية تتضمن الكيماويات المثيرة التي يُشتبه في تأثيرها (مثل الالوان والنكهات الاصطناعية). واتُخذت التدابير لملاحظة ما اذا كانت حالة النشاط المفرط قد قلّت أو زادت عن طريق هذا الاختبار.

وتشير نتائج هذه الدراسات الى ان مجموعة قليلة من الأطفال، على مايبدو، ممن تعاني من اضطرابات سلوكية تستجيب لبعض مظاهر النظام الغذائي الذي اقترحه

فاينجولد. وكما أشرنا سلفا، فإن الدراسات التي راقبت هذه المجموعة أشارت على انها مجموعة صغيرة من الأطفال. وفضلا عن ذلك، لم يبدُ ان الغاء المواد الغذائية المصطنعة المحددة كان يمثل عنصرا مهما في ردود الفعل الواردة عن معظم هؤلاء الاطفال، مع وجود استثناءات كبيرة في هذا الشأن.

نتائج البحث:

عقدت المعاهدة الوطنية للصحة في الولايات المتحدة في عام ١٩٨٢ مؤتمرا للتوصل الى توافق الآراء حول العلاقة بين نظم غذائية معينة وفرط النشاط الحركي عند الأطفال. وعقد المؤتمر تحت رعاية المعهد الوطني لصحة الطفل والتنمية البشرية. واستعرض فريق من الخبراء جميع الابحاث القائمة، واستمع الى تقارير وشهادة المختصين الذين تحدثوا أمام المؤتمر. وتوصلوا الى نتائج مماثلة لتلك التي ذكرناها آنفا. وقالوا على وجه التحديد أن "هذه الدراسات أشارت بالفعل الى وجود علاقة ايجابية محدودة بين النظم الغذائية المحددة" (أي النظام الغذائي الذي اشار اليه فاينجولد) وبين تناقص فرط النشاط. "ولاحظ الفريق عدم وجود أدلة كافية تسمح - سلفا - بتحديد هوية هذه المجموعة الصغيرة من الافراد التي قد تستجيب للعلاج. ولم يتمكن من تحديد الظروف التي تمكن ان يستفيدوا في ظلها من العلاج. كما لاحظ اعضاء الفريق ان البرامج الغذائية المحددة ينبغي الاّ تستخدم بصفة عامة في معالجة فرط النشاط الحركي لدى الاطفال في ذلك الحين.

وتوصلت دراستان اعدت فيما بعد الى هذه النتائج نفسها. فالنظام الغذائي الذي حدده فاينجولد ليس فعالا في معالجة فرط النشاط الحركي لدى غالبية الاطفال. وقد تكون هناك نسبة ضئيلة تتراوح بين ١ الى ٢ في المائة ممن يبدو انها تستجيب بصورة ايجابية لهذا النظام الغذائي لأسباب لم تتضح بعد حتى الآن. وليس هناك سبيل يمكّن المعالج الاكلينيكي من التعرف مقدما على الافراد الذين قد يكونون جزءا من هذه المجموعة الصغيرة.

ويلاحظ المرء عند التطبيق الاكلينيكي ان بعض الاطفال المصابين باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط يصبحون أكثر نشاطا عندما يتعاطون بعض الادوية (مثل البنسلين) المصبوغة باللون الأحمر أو الاصفر. أو عندما يتناولون كمية كبيرة من الاطعمة المصبوغة بهذين اللونين (مثل الحبوب الغذائية أو المرطبات). ومن المحتمل أن تكون هذه المجموعة الصغيرة من الاطفال هي التي ربما تستفيد من الغاء النظام الغذائي.

وتوفر بعض الدراسات الواردة في الدراسات الاخيرة بيانات النجاح العلاجي لنظام فاينجولد الغذائي من وجهة نظر مؤلفها. إلاّ أنه لم يتم التوصل الى النتائج النهائية بعد. ومع ذلك فان غالبية الدراسات تؤيد ماجاء في المؤتمر المشار اليه سابقا.

السكريات المكررة:

تشير المراقبات الاكلينيكية وتقارير الاباء الى ان السكريات المكررة قد تنشط ردود فعل سلوكية معاكسة لدى الاطفال[1]. إلاّ أن الدراسات الاكلينيكية لاتؤيدها. فقد قام احد فرق البحث بدراسة العلاقة بين تناول السكر والاضطرابات السلوكية والتعليمية واضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. ثم اتضح اعتدال الاطفال في السلوك وفي الفصل الدراسي بعد تناول السكروز (أحد أنواع السكر المكرر) والفراكتوز (أحد أنواع السكر الطبيعي) والمهدئات. ولم تميز النتائج بين الاثار الطبيعية لتناول الطاقة الزائدة وبين آثار السكر بحد ذاتها. ولذا لم يستطع الباحثون التوصل الى نتيجة مؤداها ان السلوك المنحرف قد ازداد نتيجة تناول السكر.

وتوصلت دراسة أخرى عن اختبار السكر الى النتائج نفسها. واذا أخذنا في الاعتبار ان بعض الاباء أبلغوا عن تزايد في مستوى نشاط أبنائهم عندما تناولوا وجبة أو كمية قليلة من المواد ذات السكريات العالية، نجد ان الباحثين نشروا اعلانا في صحيفة محلية لطلب اطفال شُخصوا على أنهم تعرضوا لاضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط لمقارنتهم برد الفعل المعاكس للسكر. وتم قبول مشاركة اطفال في هذه الدراسة اذا كانوا يعانون من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط واذا أبلغ الاباء عن وجود اثر فوري لتناول السكر على سلوك ابنائهم بعد تناول كميات أقل من السكر الذي كان ينبغي اعطاؤه في الدراسة التجريبية. ولم يكن هناك أثر ملموس للجلوكوز أو الفراكتوز أو المهدئات على مدى الاعتدال السلوكي عند مقارنة أنواع السكر المختلفة بالمهدئات، أو عندما تم المزج بين هذين النوعين من السكر. ولم يشر الى وجود أي تحديات سلوكية غير طبيعية لاحظها الاباء على الاطفال.

وتساءل باحث آخر عما اذا كانت الاثار التي أبلغ عنها الاباء قائمة على أساس

---

(١) اقترحت نظريتان لرد الفعل المحتمل المشار اليه، إحداهما تقول أن بعض السكريات (مثل الجلوكوز) يمكن أن تؤثر على مستويات الوصلات العصبية في المخ، وبالتالي على مستوى النشاط لدى المصابين بفرط النشاط الحركي. أما النظرية الأخرى تقول ان تناول الكربوهيدرات يؤثر على مستوى الأحماض الدهنية اللازمة لتكون مادة البروستاجلاندين في المخ. ويستلزم الأمر تناول الأنسولين في هذه المرحلة لتنشيط المواد التي تكون مادة البروستاجلاندين. وبذلك يمكن التاثير على مستوى الأحماض الدهنية الضرورية عن طريق الكربوهيدرات. وقد يؤثر ذلك بصورة ثانوية على انتاج الإنسولين.

مستوى الجلوكوز في الدم وليس على أساس تناول السكر! وأجرى هذا الباحث دراسة أعطي فيها الاطفال واحدا من ثلاثة أنواع من طعام الإفطار، أولها تضمن نسبة عالية من الكربوهيدرات وبخاصة السكريات المكررة، والثاني غني بالبروتين، والثالث غني بالدهون، وبعد هذه الوجبات، أجرى اختبار على كل طفل باعطائه الفراكتوز أو الجلوكوز أوالمهدئات، ووجد الباحث ان الاطفال الذين قال آباؤهم ان رد فعلهم على تناول السكر كان مزيدا من فرط النشاط، أظهروا ارتفاعا في مستوى النشاط بعد اجراء اختبار عليهم باعطائهم جلوكوز بعد تناول وجبة غنية بالكربوهيدرات.

ومن المحتمل ان السكريات المكررة ترفع بالفعل مستوى نشاط بعض الاطفال الذين يعانون من فرط النشاط الحركي اذا كان مستوى السكر في الدم عاليا لدرجة ما. وعندما كانت مستويات الكربوهيدرات في الدم مرتفعة لدى الاطفال بسبب تناولهم افطار غني بالكربوهيدرات. وعندما اختبر هؤلاء الاطفال باعطائهم سكريات مكررة، ارتفع مستوى نشاطهم. ويحتمل ان تكون كمية السكر المكرر التي تم تناولها خلال فترة قصيرة من الوقت هي التي أدت الى مثل هذا السلوك.

السكر الصناعي:

تشير دراسة أجريت أخيرا على مادة الاسبرتيك (المستخدمة في سكر ايكوالEqual ونوترا سويت Nutra Sweet) الى ان بعض الاطفال الذين يعانون من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط أصبحوا اكثر عدوانية وأقل اذعانا للأوامر عندما يتعاطون جرعات كبيرة من هذا السكر. ومع ذلك لا تتوفر اية معلومات اخرى عن هذه المسألة حاليا.

الاضطرابات والحساسية:

ذكر اطباء الاطفال واختصاصيو الحساسية لدى الاطفال ولسنوات عديدة ان نسبة متزايدة من الاطفال المصابين بالحساسية يعانون من عجز عن التعلّم أو اضطربات قصور الانتباه مفرط النشاط أو كليهما وذلك أكثر من غيرهم بصفة عامة. وتقوم معظم الدراسات التي اجريت في هذا المجال على أساس احتمال وجود علاقة بين الحساسية والعجز عن التعلم. وقد ركز الدكتور فاينجولد (وهو متخصص في أمراض الحساسية لدى الاطفال) على اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط ولم تظهر أي دراسة حتى الان حول كيفية الربط بين الحساسية وهذه الاضطرابات. ولم يتضح نجاح اي وسيلة من وسائل العلاج حتى الآن.

وقد كتب طبيبان اكلينيكيان عن موضوعات محددة تربط بين الحساسية والعجز عن

التعلّم أو اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط أو كليهما وعن برامج علاجية محددة. ولكنهما لم يقدما بيانات بحثية ايدها الاخرون. ولذا فإن النتائج الاكلينيكية ووسائل العلاج التي يقترحانها لم تحظ بالقبول - بصفة عامة - في الدوائر الطبية. ومع ذلك فسوف استعرض بايجاز مفاهيمهما ووسائل العلاج التي يقترحانها، لأنك قد تقرأ بعض الكتب التي كتباها.

الدكتورة دوريس راب (Dorise Rapp):

تعتقد الدكتورة راب ان هناك علاقة بين الطعام وأنواع الحساسية الاخرى وبين فرط النشاط الحركي. واقترحت نظاما غذائيا يلغي أغذية معينة أو يتجنب مثيرات الحساسية الاخرى المشكوك فيها، كعلاج لفرط النشاط الحركي. وتعتقد أن فحص حساسية الجلد التقليدي للأطعمة لايكشف في كل الاحوال، عن الاغذية التي تسبب المشكلات. ويقول منتقدوها ان الاختبارات التي تجريها تحت اللسان (حيث ان بعض مثيرات الحساسية توجد تحت اللسان) لاتعد مقاييسا سليمة للحساسية.

وحددت الدكتورة راب بعض الاطعمة او مجموعات الاغذية التي قي يكون الاطفال حساسين لها. مثل اللبن والشوكولاته والبيض والذرة والفول السوداني ولحم الخنزير والسكر. وتقترح ان يجرب الآباء عدم استخدام نظام غذائي معين، (شرحته في كتابها). ويشمل هذا النظام الغذائي الاستغناء عن جميع الاغذية التي يمكن ان تثير الحساسية. ثم اضافة واحد منها كل اسبوع لمعرفة ما اذا كان هناك تغير في السلوكيات. وتستخدم محلولا مستخلصا من الطعام يوضع تحت اللسان في اختباراتها. واذا وُجد ان الطفل حساس لأنواع معينة من الطعام أو لبعض الكيماويات الموجودة في الجو (مثل الخميرة والفراء والطلاء والتراب والكيماويات الموجودة في السجاد الجديد)، فينبغي عدم التعرض لهذه المواد أو تجنبها. وتقرر الدكتورة راب انه كان هناك تحسن في سلوكيات الطفل على هذا الاساس. وتشير خاصة الى تناقص روح العدوانية أو السلوك الرافض وفرط النشاط الحركي.

واذا قرأنا ما كتبته الدكتورة راب أو استعرضنا شرائط الفيديو التي تصور الاختبارات التي تجريها على الاطفال، فإننا نشعر بالرضا. ففي أحد هذه الشرائط نرى ان الطفل يجلس على قدمي أبيه أو أمه بسعادة، وان هناك تجاوبا بين الطرفين. ويوضع المحلول المستخلص من الطعام الذي تبين ان الطفل يعاني حساسية منه، تحت اللسان، وفي غضون لحظات يصبح الطفل عدوانيا ونشطا للغاية. الاّ ان اكلينيكيين وباحثين آخرين اعترضوا على عملها الاكلينيكي هذا واعتبروه مثيرا للجدل.

ولا أعرف ما الذي يمكن أن اقرره حاليا، فقد رأيت مرضى قامت الدكتورة راب بتقويم حالتهم ووضعهم على نظام غذائي معين يلغي مأكولات محددة، أو راقبت حالتهم وهم لايتعرضون لمواد كيماوية معينة، وتحسنت حالهم (أي تضاءل مستوى فرط النشاط الحركي وكذلك سلوكهم العدواني) وفي بعض الاحيان يؤدي تناول طعام معين أو التعرض لكيماويات محددة الى زيادة فرط النشاط الحركي أو السلوك العدواني لعدة ساعات. وبالنسبة لعدد من هؤلاء الاطفال، أظهرت ملاحظاتي الاكلينيكية ان تناول عقار منشط يساعد على تهدئة اضطريات قصور الانتباه مفرط النشاط الاّ انه لدى تناول الاطفال الاغذية او تعرضهم للكيماويات المشكوك فيها، تزايدت حدة فرط نشاطهم الحركي، ولم يمكن التوصل الى نتائج نهائية في هذا الشأن حتى الآن.

الدكتور وليم كروك (William Crook) :

كتب الدكتور كروك باسهاب عن العلاقة بين الحساسية والصحة العامة والعجز عن التعلّم واضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط. كما انه لايزال يكتب عن "اعراض الارهاق والتوتر الناشئة عن الحساسية". ويقول ان أنواعا معينة من الحساسية يمكن ان تؤدي الى فرط النشاط الحركي أو شرود الذهن. ويركز كثير من مطبوعاته وعروضه الاخيرة على رد الفعل المحتمل للحساسية ازاء نوع معين من الخميرة، وعلى تطور سلوكيات معينة بعد الاصابة بالحساسية من الخميرة. ويذكر ان معالجة الاصابة بالحساسية من الخميرة يحسّن المشكلة أو يصححها. ولم تؤكد أية دراسات اكلينيكية أو بحثية نظريات الدكتور كروك أو تناقض نجاحه الاكلينيكي المشار اليه. وهنا أيضا لم يتم التوصل الى نتائج نهائية حتى الآن.

❖ تلخيص ❖

هناك علاقة بين أداء المخ لوظيفته وبين التغذية، وعلاقة أخرى بين أداء المخ لوظيفته وردود الفعل الناشئة عن الحساسية. ومن الناحية الاكلينيكية يبدو ان هذه العلاقات حقيقية بالنسبة لاضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط مثلها مثل الاضطرابات المخية الاخرى. ورغم قصور الانشطة البحثية في هذه المجالات، الاّ انه لم يمكن التوصل الى نتائج متسقة في هذا المجال.

وسيستمر اقتراح أوجه العلاج المقترحة على أساس هذه العلاقات. ومن المأمول ان تتمكن الابحاث في المستقبل والنتائج الاكلينيكية من ايضاح هذه العلاقات. وان تؤدي الى علاج أفضل لاضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط.

الفصل الخامس عشر

الخاتمة والاستنتاجات

تمثل اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط عجزا بالنسبة للعديد من الاشخاص قد يستغرق بأكمله. وبناء على نوع الدراسة المطبقة، فان ما يتراوح بين ٣٠ الى٧٠ في المائة ممن يعانون من هذه الاضطرابات سوف ترافقهم هذه المعاناة الى مرحلة بلوغهم وشبابهم. ومثلها مثل أية اضطرابات أخرى آخذة في التطور، وبخاصة تلك التي تشكل اضطراباً مزمناً، فإن النتائج المترتبة عن عدم ادراك اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وتشخيصها وعلاجها علاجا شاملا، قد تكون خطيرة، ذلك انها يمكن أن تؤثر على كل مرحلة من مراحل التطور النفسي الاجتماعي، مثل التأثير على امكانية النجاح المدرسي، والاعتزاز بالذات والتعامل مع الاصحاب. ويمكن ان تشكل المشكلات الانفعالية والاجتماعية والعائلية الكبيرة عجزاً عند الكبار، مثلها مثل العجز المبدئي الناجم عن قصور الانتباه مفرط النشاط. كما ان العجز عن التعلم في المرحلة الثانوية قد يؤثر على المرء في حياته المهنية وعلى مدى نجاحه في العمل.

ولذا، فإن إدراك اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وتشخيصها ومعالجتها، سواء لدى الاطفال أو المراهقين أو الكبار، امر ضروري جدا، كما ان الاخفاق في تشخيصها وعلاجها بصورة سليمة قد يؤدي الى قصور مدى الحياة. ومن المهم للآباء ان يدركوا جدية هذه الاضطرابات، وان يكونوا متيقظين لاحتمال تعرض ابنتهم أو ابنهم لها. ومن الضروري ان يدرك اختصاصيوا الصحة والصحة العقلية امر هذه الاضطرابات، وان يكونوا يقظين لاحتمال وجودها. كما انه من الاهمية بمكان ضرورة بحث الاضطرابات المرتبطة بها، لاسيما نواحي العجز عن التعلم.

واذا كانت اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط قد تسببت في خلق مشكلات انفعالية أو اجتماعية أو عائلية فمن الضروري علاج هذه المشكلات أيضا. ومن المهم أن نتذكر ان معالجة هذه المشكلات لن تنجح ما لم يتم ادراك الاضطرابات الاساسية والمتمثلة باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وعلاجها.

والخطوة الاولى في العلاج هي اجراء تقويم شامل للحالة، والتعرف على كل جانب

من جوانب المشكلة. كما يجب أن تتضمن خطة العلاج كل نواحي المشكلة.

والعلاج المختار لاضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط متعدد الاشكال والجوانب. ويجيء في البداية بارشاد وتأهيل الاباء والافراد وتقديم المشورة اللازمة لهم. وقد يحتاج الامر الى تطبيق مناهج محددة للتحكم في السلوك. كما ان استخدام الادوية الطبية الملائمة ضروري. وقد يحتاج الامر أيضا بعد ذلك الى علاج فردي أو سلوكي أو جماعي أو أسري أو كليهما. ومن المهم أيضا أن يكون هناك تعاون وثيق مع المدرسة أثناء العلاج.

وحتى الآن يوجد عدد كبير من الاختصاصيين في الصحة العامة والصحة النفسية الذين ليسوا على دراية باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط، ولذا فإن من الضروري لكم كآباء ان تكونوا على بينة كاملة وإحاطة بكل جوانب هذه المشكلة وأن تقوموا أنتم بالمبادرة الاولى بخصوص علاجها ووضع المختص الذي يقوم بمهمة علاج طفلكم في الصورة الواضحة عنها.

هذا، ومن المرجو ان يكون هذا الكتاب مفيدا في فهم اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وادراكها وتشخيصها وعلاج الاطفال والمراهقين والكبار منها. وان يساعدكم في عملكم الوثيق مع الاختصاصيين ان كان في مجال التعليم أو الصحة العامة أو الصحة النفسية.

ويجب أن تكون، أبا أو أما، ملما بكل المعلومات المتعلقة بهذه الاضطرابات كي تكون العون الاكبر لطفلك الذي يعاني من اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط وتكون بذلك الاب الحنون الواثق من نفسه والقادر على مساعدة طفلك في مسيرة علاجه منها. آمل أن يساعدك هذا الكتاب على تحقيق ذلك.

ان أفضل نجاح تحققه يتمثل في مساعدة طفلك على ان يكبر ويشبّ فتى ورجلا سعيدا قادرا ومتمتعا بالصحة السليمة.

ملحق رقم -أ-

قراءات مقترحة

هناك العديد من الكتب الممتازة التي عالجت اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط، آذكر بعضها فيما يلي. ويحتوي كل منها على قائمة مسهبة بالمراجع للآباء الذين يريدون قراءة المزيد عن ناحية معينة. وأحد هذه الكتب احتوى استعراضاً شاملا لكل ما كتب في هذا المجال، وقد يكون افضل أول كتاب يقرأه الذين يريدون معرفة المزيد من المعلومات عن الموضوع. ونظرا لأن معظم الكتب يصبح قديماً بمجرد نشره، فمن الأفضل للقارئ الذي يرغب أو يحتاج الى استعراض شامل لكل ما كتب عن موضوع معين في هذا الكتاب، ان يبحث ويحصل على أحدث ما تم التوصل اليه من معلومات.

وتشمل هذه القائمة التي أدرجها أدناه وأقدم شرحا لمحتوياتها، الكتب الاكثر فائدة حسب رأي:

١- طفلك المصاب بفرط النشاط الحركي: دليل الاباء المساعد في التعامل مع الطفل المصاب باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط، تأليف باربرا انجرسول (دبلبير - نيويورك ١٩٨٨). Your Hyperactive Child: A Parent's Guide to Coping With Attention Deficit Disorder. by.Ingersoll, ph.D. (Doubleday, New York, 1988) Barbara هذا الكتاب موجه للآباء، ويركز على ادراك الاضطرابات ووسائل تشخيصها وعلاجها. وتقدم الدكتوة انجرسول طرقا واقتراحات محددة للآباء لمساعدة ابنائهم.

٢- الاطفال والمراهقين والبالغون المصابون باضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط مدى الحياة، تأليف الدكتور بول وايندر (مطبعة اكسفورد - نيويورك ١٩٧٨): The Hyperactive Child, Adolescent, and Adult: Attention Deficit Disorder Through the lifespan, by Paul H. Wender, M.D. (Oxford Press, New York, 1987).

يستعرض هذا الكتاب الموجه للآباء والمهنيين تشخيص ونماذج علاج اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط.

٣- نمو الاطفال المصابين بفرط النشاط، تأليف الدكتوران جابرييل وايز والدكتورة

ليلى تروكنبرج هتشمان (مطبعة جيلفورد - نيويورك ١٩٨٦): Hyperactive Children Grown Up, by Gabrielle Weiss, M.D., and Lily Trokenberg Hechtman, M.D. (Guilford Press, New York, 1986). يستعرض هذا الكتاب الابحاث التي بدأت منذ عام ١٩٦١. ويناقش الدكتوران وايز وهتشمان بحثهما وابحاث الآخرين، مع التركيز على المعلومات الثابتة والاخرى المثيرة للجدل. ويحاولان تحديد نماذج معينة من خلال بيانات المتابعة الطويلة الاجل المتوفرة لديهما. كما انهما يوردان تنبؤات قد توحي بنتائج معينة باستخدام هذه النماذج. ومن المهم بصفة خاصة الفصل الذي يضم آراء الكبار عن خبراتهم في الحياة ووسائل علاجهم كأطفال ومراهقين. وهناك قائمة شاملة بالمراجع في آخر كل فصل من فصول الكتاب.

٤- اضطرابات العجز عن التعلّم: وقائع جلسات المؤتمر الوطني: اعداد الدكتورين جيمس كافاناغ وتوم تراس، مطبعة يورك - باركتون - ميلاند ١٩٨٨): Learning Disabilities: Proceedings of the National Conference, edited by James F. Kavanagh, Ph. D., and Tom J. Truss Jr., Ph.D. (York Press, Parkton, Maryland 1988) شكل الكونجرس الامريكي في عام ١٩٨٦/١٩٨٧ لجنة ضمت عدة وكالات مختصة لاستعراض وتقويم الانشطة الفدرالية المتعلقة بجوانب مشكلة العجز عن التعلم. وكجزء من هذه المبادرة طُلب من عدد من الخبراء في مجالات معينة استعراض الادبيات المنشورة التي احتوت مواضيع عن تخصصاتهم. والكتاب هذا يضم كل عرض من تلك الدراسات. وكانت هناك عدة ابحاث قدمت استعراضاً شاملاً لما تم نشره عن جوانب مشكلة العجز عن التعلم بقلم الدكتورة (دوريس جونسون) والعجز اللفظي (بقلم الدكتورة بولا طلال). وتعد الدراسة المعدة عن قصور الانتباه مفرط النشاط بقلم الدكتورين بينيت وسالي شيفيتز استعراضا فذّاً للابحاث المنشورة عن هذا الموضوع. وهناك قائمة مسهبة بالمراجع في نهاية كل فصل من فصول الكتاب.

٥- الطفل المساء فهمه: دليل آباء الاطفال المصابين باضطراب العجز عن التعلّم: الطبعة الثانية، تأليف الدكتور لاري سيلفر، (مطبعة تاب وماكجروهل - نيويورك ١٩٩٢): The Misunderstood Child: A Guide for Parents of Children With Learning Disabilities Second Edition, by Larry B. Silver, M.D. (TAB McGraw - Hill, New York, 1992).

هذا الكتاب موجه للآباء. ويستعرض اضطرابات العجز عن التعلم وقصور الانتباه مفرط النشاط. ويستعرض المؤلف تاريخ كل اضطراب وكيفية ادراك مشكلاته وتشخيصها. ويركز الكتاب بصفة رئيسية على تعليم الآباء كيفية فهم اطفالهم والتركيز على نقاط القوة لديهم بدلا من تضخيم نقاط الضعف، كمساعدتهم مثلا في مسيرة نموهم النفسية والاجتماعية. ويتعلم الاباء كيفية مساندتهم لأطفالهم في مشكلاتهم هذه والسعي بكل جهد للحصول على التقويم الملائم والضروري لتلك المشكلات، الامر الذي يجعلهم على بينة من الوضع وعلى اطلاع كامل بكل جوانبه بغية انتشال أطفالهم من معاناتهم.

٦- اضطرابات العجز عن التعلم وقصور الانتباه مفرط النشاط: كتيب موجه للآباء، تأليف لاري سيلفر: ADHD: Attention Deficit - Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities: Booklet for Parents, by Larry B. Silver (1991).

٧- اضطرابات العجز عن التعلم وقصور الانتباه مفرط النشاط: كتيب موجه لمدرسي الفصل، تأليف لاري سيلفر: ADHD: Attention Deficit - Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities: Booklet for the Classroom Teacher, by Larry B. Silver (1991).

٨- اضطرابات العجز عن التعلم وقصور الانتباه مفرط النشاط: كتيب موجه للأطباء، تأليف لاري سيلفر: ADHD: Attention Deficit - Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities: Booklet for Physicians, by Larry B. Silver (1991).

يستعرض كل كتيب من هذه الكتيبات الثلاثة موجزاً لهذه الاضطرابات، حيث ان كلا منها مرتبط بالآخر. فعلى سبيل المثال، يشير الكتيب الموجه للأطباء الى ضرورة الحصول على المعلومات من المدرس. ويشير الكتيب الخاص بالمدرسين الى ان الطبيب المعالج للطفل قد يطلب الحصول على بعض المعلومات، ثم يشرح ما هي المعلومات التي يجب أن تُقدم. وهذه الكتيبات متوفرة للاكلينيكيين مجاناً وبكميات كبيرة من شركة أدوية "سيبا جايجي" بولاية نيوجرسي.

٩- اضطرابات العجز عن التعلم وقصور الانتباه مفرط النشاط: دليل التشخيص والعلاج، تأليف الدكتور راسل باركلي، مطبعة جيلفورد - نيويورك ١٩٩٠:

Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, by Russell A. Barkley, Ph.D. (Guilford Press New York, 1990)

يقدم الدكتور باركلي استعراضا ممتازا ومسهبا عما كتب عن هذه الاضطرابات، ويناقش، بالاضافة الى ذلك، بالتفصيل ابحاثه ومفاهيمه عن هذه الاضطرابات. وتوجد قائمة كاملة بالمراجع في نهاية كل فصل من الكتيب.

١٠- كيفية التعامل والتحكم باضطرابات قصور الانتباه لدى الاطفال: دليل للمختصين، تأليف الدكتورين سام ومايكل جولدستين، مطبعة جون وايلي وأولاده – نيويورك ١٩٩٠: Managing Attention Disorder in Children: A Guide for Practitioners, by Sam Goldstein, Ph.D. and Michael Goldstein, M.D. (John Wiley & Sons, New York, 1990).

يركز هذا الكتاب على التقويم والعلاج. كما ان الفصول الخاصة بكيفية التعامل والتحكم في هذه الاضطرابات وتدريب المهارات الاجتماعية والعمل مع المدرسين تقدم مساعدة كبيرة في هذا الصدد.

١١- اضطرابات قصور الانتباه مفرط النشاط: دليل اكلينيكي للتشخيص والعلاج تأليف الدكتور لاري سيلفر، مطبعة رابطة الطب النفسي الامريكية – واشنطن العاصمة ١٩٩١: Attention - Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment by Larry B. Silver, M.D. (American Psychiatric Press, Washington, DC. 1991).

هذا الكتاب موجه للاطباء والمهنيين العاملين في حقل الصحة العامة والصحة النفسية. ويتناول الموضوعات والمجالات الموضحة فيه نفسها. ويستهدف مساعدة اولئك المهنيين كي يتفهموا اضطرابات العجز عن التعلم وفرط النشاط الحركي بصورة أفضل. والدور الذي يجب ان يؤدوه لمساعدة الاطفال والمراهقين والأسر. (قد تحتاج لهذا الكتاب كي تعطيه لطبيب العائلة أو للمعالجين الاكلينيكيين الآخرين).

١٢- تشخيص ودليل احصائي عن الاضطرابات العقلية، الطبعة الثالثة المنقحة (رابطة الطب النفسي الامريكية – واشنطن العاصمة ١٩٨٧: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. (American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987)

هذا الكتاب هو الدليل التشخيصي الحالي المشار اليه في هذا الكتاب. وهو متوفر في المكتبات الاّ ان بالامكان طلبه من رابطة الطب النفسي الامريكية على العنوان التالي: (1400 K Street, N. W., Washington, DC 20005):

ملحق رقم - ب -

مصادر للمختصين والاسر

هناك منظمات ومؤسسات مهنية عديدة تعمل على تقديم المشورة والمساعدة سواء للمختصين في علاج "ADHD" أو في مساعدة الأباء في كيفية التعامل مع الأبناء المصابين باضطراب قصور الانتباه مفرط النشاط. وجدنا أنه من المناسب تضمين قائمة في تلك المنظمات والمؤسسات المختصة وهي على الشكل التالي:



❖ Parent Organizations ❖

Attention Deficit Disorder Association (ADDA)
8091 South Ireland Way
Aurora, Colorado 80016
(800) 487-2282

A national alliance of ADHD support groups that provides referrals and information to parents and parent support groups.

Children With Attention Deficit Disorders (Chadd)
Suite 185
1859 North Pine Island Road
Plantation, Florida 33322
(305) 857-3700

A national alliance of parent organizations that provides information and support to parents of children with ADHD.

Learning Disabilities Association of America (LDA)
4156 Library Road
Pittsburgh, Pennsylvania 15234
(412) 341-1515

A national organization with state, county, and local chapters for parents of

children and adolescents with learning disabilities and adults with learning disabilities. Provides information on the disorder and on available services.

National Information Center for Handicapped Children and Youth
P.O. Box 1492
Washington, DC 20013
An information clearinghouse that provides newsletters, fact sheets, issue briefs, brochures, booklets, and a listing of state and local organizations relating to different handicapping conditions.

Tourette Syndrome Association
42-40 Bell Boulevard
Bayside, New Yourk 11361
An information and support organization that both works with parents and professionals and encourages and supports research.

◆ Professional Organizations ◆

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
3615 Wisconsin Avenue, N.W.
Washington, DC 20016
(202) 966-7300

American Academy of Pediatrics
P.O. Box 927
141 Northwest Point Boulevard
Elk Grove Village, Illinois 60009
(708) 981-7935

American Occupational Therapy Association

1383 Piccard Drive

Rockville, Maryland 20850

(301) 948-9626

American Psychiatric Association

1400 K Street, N.W.

Washington, DC 20005

(202) 682-6000

American Psychological Association

750 1st Street, NE

Washington, DC 20002

(202) 336-5500

American Speech, Language, and Hearing Association

10801 Rockville Pike

Rockville, Maryland 20852

(301) 897-5700

Council for Exceptional Children

1920 Association Drive

Reston, Virginia 22091

(703) 620-3660

Includes an Education Resources Information Center (ERIC) on handicapped and gifted children that provides information and a clearinghouse.

National Association of Social Workers
7981 Eastern Avenue
Silver Spring, Maryland 20901
(301) 565-0333

Orton Dyslexia Society
724 York Road
Baltimore, Maryland 21204
(301) 296-0232

Sensory Integration International
1402 Cravens Avenue
Torrance, California 90501

❖ Other Organizations ❖


National Center for Learning Disabilities
99 Park Avenue
New York, New York 10016
(212) 687-7211

This organization provides publications and other public awareness and public education initiatives for parents, professionals, and the public.

Self Help Clearing House
St. Claire's Riverside Medical Center
Pocono Road
Denville, New Jersey 07834
(201) 625-9565

Resource center that provides local and national referral services. Computerized database of support groups and referral agencies nationwide is available.

اخراج وتنفيذ: بترا ٣/٢/٥٣٤٤١٨١



السعر ٣ د.ك.